

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

No 293

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond LECOURT

Né le 24 juin 1908, à Octeville (Manche)

Contribution à l'Étude
de la
Septicité de l'Hydorrhée utérine
non gravidique

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond LECOURT

Né le 24 juin 1908, à Octeville (Manche)

Contribution à l'Étude

de la

Septicité de l'Hydrorrhée utérine
non gravidique

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

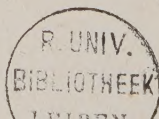
15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	ACHARD.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

*Respectueux témoignage de tendresse
filiale.*

A M. LE PROFESSEUR CUNÉO

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre respectueuse reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR RAYMOND BONNEAU

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

*Qui nous inspira le sujet de cette thèse
et nous a guidé dans ce travail
Témoignage de vive gratitude.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

A LA MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR FOLLET

Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes

A M. LE DOCTEUR MANSON

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Jacques

A M. LE DOCTEUR HENRI JOUSSET

A M. LE DOCTEUR XAVIER JOUSSET

*Que chacun d'eux trouve ici un témoi-
gnage de vive gratitude.*

A MON CAMARADE LE DOCTEUR SIMON LEROUX

Sincère amitié

Contribution à l'Étude de la Septicité de l'Hydorrhée utérine non gravidique

I

INTRODUCTION

Notre attention a été attirée par un phénomène pathologique, spécial, connu depuis longtemps, l'hydorrhée vaginale, qui pour certains auteurs est d'origine utérine et pour d'autres, d'origine salpingienne ; et nous avons été frappé de voir que des malades présentant ce symptôme et hystérectomisées par la suite manifestaient après leur opération soit un shock particulièrement grave, soit des accidents suppuratifs sérieux.

Il nous a semblé qu'il y avait chez ces malades une septicité particulière des tissus enlevés, et que pratiquement il fallait considérer l'hystérectomie comme pleine de risques, à moins qu'elle ne fut terminée par un large drainage.

L'hydorrhée n'est pas un phénomène aussi fréquent que les écoulements de sang, de pus ou de glaires vaginaux ; elle passe souvent inaperçue et

c'est grâce à l'interrogatoire des malades, détaillé et précis et à l'aide de l'exploration des trompes et de l'utérus au lipiodol qu'on peut en faire le diagnostic.

Certaines hydorrhées restent de causes inconnues, leur pathogénie est peu étudiée; quelques auteurs ont essayé de discuter les différents mécanismes ou lésions qui peuvent provoquer leur existence, elles ont été classées sous des noms différents mais il n'est pas prouvé qu'elles soient symptomatiques des troubles auxquels on les rattache.

Après quelques lignes d'historique, nous étudierons l'étiologie de l'hydorrhée, pour en considérer ensuite la pathogénie et les différents aspects cliniques, nous montrerons l'importance du diagnostic, mais notre étude portera principalement sur la valeur du liquide hydorrhéique, sa composition, ses réactions, sa septicité et ce que l'on en doit retenir pour le diagnostic et la méthode opératoire.

Il est difficile de recueillir les liquides hydorrhéiques non associés aux germes de la flore vaginale, cependant plusieurs observations de malades présentant de l'hydorrhée utérine et traitées dans le sens où nous les considérons, c'est-à-dire comme infectées, confirmeront ces vues.

Il s'agit ici, bien entendu, de l'écoulement par voie vaginale d'un liquide aqueux, généralement clair, d'abondance parfois considérable et d'origine utérine en dehors de toute gestation.

II

HISTORIQUE

L'hydrorrhée pendant la grossesse a été maintes fois étudiée, mais celle qui nous intéresse ne l'a été que rarement. En 1816, paraît un premier ouvrage, la thèse de La Fosse, de Strasbourg, sur l'hydrométrie.

Puis en quelques années, on note un certain nombre d'articles et de publications, c'est ainsi qu'en 1833, le *Traité des Maladies de l'Utérus*, de Dugès et de Mme Boivin, parle de l'hydrométrie ou hydropisie symptomatique de lésions organiques de l'utérus.

En 1834, plusieurs auteurs s'occupent du phénomène d'hydrorrhée ; le premier en date, Froriep, signale les hydrorrhées tubaires ; parlant d'*hydrops tubae profluens*, il désigne sous ce nom des collections formées dans les trompes et dont le contenu se vide par leur extrémité interne dans la cavité utérine.

Tissier, de Lyon (1844, *Gaz. Médicale de Paris*), Bard (1855, *Gaz. Médicale de Paris*), et Spanks, publient des cas d'hydrorrhées non gravidiques.

West, en 1858, rattache son existence au cancer

du corps de l'utérus, en insistant sur la valeur séméiologique.

Le Professeur Courty, de Montpellier, établit en 1881, dans son *Traité des maladies de l'utérus*, la distinction nette entre hydrométrie et hydrorrhée, et reprenant sa définition : « l'hydrorrhée, dit-il, est l'écoulement abondant d'un fluide aqueux par l'orifice utérin, l'hydrométrie est la tumeur formée par la rétention de ce fluide dans la matrice ».

En 1884, Mlle Coutzarida développant dans sa thèse l'idée de West, souligne la valeur de l'hydrorrhée dans le cancer du corps de l'utérus.

En 1889, Doléris lit son mémoire à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie sur « L'évacuation spontanée des tumeurs liquides, [salpingiennes par la voie utéro-vaginale », un cas de papillome endosalpingitique appuie ces faits.

Il faut noter en 1891 dans le *Journal de Médecine Moderne*, l'article de Berthault sur les fibro-myomes fluctuants et hydrorrhéiques de l'utérus.

En 1901, Quénu et Longuet, dans la *Revue de Chirurgie* apportent une étude clinique remarquable sur les tumeurs des trompes, en montrant l'importance séméiologique de l'hydrorrhée tubaire. Ce travail, complété par des faits puisés à l'étranger, est le plus clair concernant l'étude de l'hydrorrhée.

DAlché en 1913, et Neau dans sa thèse de Paris, 1919, parlent du symptôme hydrorrhée survenant sans causes apparentes et pourrait-on dire, idiopathique.

Raymond Bonneau fait paraître en 1933, deux études, une dans la *Clinique*, où il met en garde contre la septicité du liquide hydropurulent et l'autre dans *La Gynécologie mensuelle* où il montre l'attitude qu'il convient d'adopter dans les cas d'hydropurulence vaginale ; cet article est en quelque sorte corrélatif de l'opinion émise quant à la valeur de l'écoulement vaginal.

Lucienne Lecoq a recueilli dans le service de M. le Professeur Jean-Louis Faure un certain nombre d'observations d'hydropurulence tubaire et dans sa thèse de Paris, 1931, elle montre l'importance de la recherche du diagnostic à l'aide de l'injection au lipiodol. Il est certain que cet examen a permis d'éclaircir la clinique sur les caractères des lésions annexielles.

Cotte, dans son *Traité des Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*, consacre un chapitre à l'étude des sécrétions et écoulements vaginaux chez les femmes indemnes de toute tare constitutionnelle et de toute affection pathologique.

Les Polonais Zwoszinski et Truszkowski, en 1926, dans la *Gynekologia Polska*, publient le résultat de leurs recherches sur l'acidité vaginale et sur le Ph des sérosités et écoulements vaginaux.

III

ÉTIOLOGIE

L'hydrorrhée, qui est un symptôme très spécial de la pathologie utérine, relève de nombre d'affections pouvant se manifester au cours de leur évolution clinique, par la présence d'un écoulement aqueux.

On peut établir deux groupes importants ; d'abord les lésions inflammatoires produisant un hydrosalpinx, telles que les infections puerpérales, post-abortum ou gonococciques ; en second lieu les néo-formations bénignes ou malignes au niveau des trompes ; dans ce cadre on fera rentrer les fibromes à hydrorrhée, les cancers de la trompe, les polypes, les cancers du corps de l'utérus, dont l'hydrorrhée constitue un signe prémonitoire capital.

Nous passerons rapidement sur les hydrorrhées thermales, thérapeutiques et l'hydrorrhée idiopathique étudiée par Derville, dans sa thèse de Paris, 1924.

HYDRORRHÉE ET LÉSIONS INFLAMMATOIRES.

Le contenu des salpingites kystiques est variable, on distingue à cet égard le pyosalpinx, l'hydrosal-

pinx et l'hématosalpinx. Nous nous occuperons seulement de l'hydrosalpinx, dans lequel l'écoulement de liquide est continu, sans douleur.

Les hydrosalpinx se divisent en deux catégories : les hydrosalpinx constituant une poche fermée, renfermant du liquide, les deux orifices utérins et péritonéaux étant obturés ; l'autre variété, dans laquelle la poche kystique n'est pas fermée aux deux extrémités, le côté utérin restant libre et perméable.

Ces hydrosalpinx bilatéraux sont généralement les plus fréquents, ils sont dits à soupape, parce qu'il y a perméabilité de l'*ostium uterinum* et rétention liquide ; la distension tubaire porte sur l'ampoule, devient de plus en plus faible, à mesure qu'on se rapproche de l'isthme et de l'*ostium uterinum*, la paroi s'amincit, dans la portion isthmique elle mesure 3 à 4 mm., dans la portion ampulaire 1 à 2 mm. La muqueuse présente au voisinage de l'utérus quelques franges villeuses, et du côté de l'ampoule, les franges muqueuses s'affaissent. Les lésions inflammatoires qui provoquent la formation de l'hydrosalpinx sont les infections post-puerpérales, post-abortum ; pour Claude Béchère l'infection gonococcique vient en premier lieu, c'est une infection non virulente du début du mariage, qui, peu à peu, a entraîné la fermeture du pavillon, condition nécessaire à la formation d'un hydrosalpinx.

Si le liquide n'est pas très abondant, il passe souvent inaperçu, c'est l'hydrorrhée continue, l'examen gynécologique ne donne pas souvent de renseigne-

ments très précis. Dans le cas d'hydrosalpinx avec crise hydropérique, le toucher révèle la présence d'une annexite kystique, qui disparaît après la crise, c'est au moment de la crise que l'on a toute facilité pour pratiquer l'examen, le liquide en s'accumulant dans l'utérus ou dans les trompes, met ces organes en tension, provoquant des phénomènes plus ou moins douloureux, puis l'évacuation brusque se produit, surprenant les malades, l'eau expulsée peut être très abondante, mouiller le linge, la couleur du liquide est variable. Si l'hydrosalpinx se vide d'une façon continue, la distension tubaire est faible et le toucher ne peut faire percevoir la trompe malade, cependant il existe un moyen de parvenir au diagnostic. La pression digitale exercée sur les annexes amène ceux-ci à se vider d'une certaine quantité de liquide qui passe dans l'utérus. L'ouverture au spéculum, montre le liquide qui s'écoule lentement du col dans le vagin, sans poussée brusque, puisqu'il n'existe pas de surtension organique; on constate l'intégrité du col et on doit admettre que l'écoulement provient des trompes.

HYDORRHÉE ET AFFECTIONS UTÉRINES.

Les lésions atteignant la cavité utérine peuvent être à caractère bénin ou malin, mais ces néo-formations donnent presque toujours de l'hydropérie.

Parmi les affections bénignes, on pourra noter les papillomes ou adénomes, avec écoulement hydropérique. Il est encore des cas bénins où on le signale

également, tantôt il s'agit seulement d'un peu d'endométrite, et on a affaire à un utérus hyperémié, tantôt c'est une rétro-déviatiou utérine.

Les polypes, au cours de leur évolution, se signalent parfois par de l'hydrorrhée. L'observation de Trélat, dans son *Traité de Clinique Chirurgicale*, est typique et montre combien le diagnostic peut être incertain : une malade amenée dans son service présentait des pertes indolores, de liquide clair, l'accouchement d'un polype fibreux qui s'engageait dans le col utérin conduisit à intervenir et l'ablation de la tumeur amena la cessation des écoulements.

Les lésions malignes sont en général constituées par des épithéliomas ou des adénocarcinomes. Le Balle, de Rennes, et Patay, ont publié en avril 1929, dans *Gynécologie et Obstétrique* un travail où ils reprennent toute la question « de l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope ». Le Balle donne une observation personnelle et deux autres, observées par Douay, à l'hôpital Broca, où le signe caractéristique de l'affection a été l'hydrorrhée hématique, abondante et persistante.

HYDRORRHÉE PÉRITONÉALE.

Cette hydrorrhée constitue un cas très rare, le liquide d'ascite peut-il être expulsé au dehors par la voie tubaire et donner lieu à une hydrorrhée péritonéale ? La tuberculose pelvienne et la péritonite peuvent amener cet écoulement dont l'étiologie reste obscure.

Seuls, Monod, en 1914 (Congrès de Chirurgie) et Vanverts, de Lille (*Bull. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1933), ont vu 2 cas qu'ils ont étiquetés hydrorrhée péritonéale. Le liquide qui coulait hors du vagin, n'ayant ni la composition, ni l'odeur de l'urine, semblait provenir d'une fistule formée dans les 2 cas, à la suite d'intervention sur les organes du petit bassin, et il se produit par une ouverture abdominale ou vaginale qui devient fistule, un écoulement abondant, limpide.

HYDRORRHÉE THERMALE.

Caulet qui a bien étudié cette question a remarqué à Saint-Sauveur et à Cauterets, chez des malades en traitement, l'apparition de l'hydrorrhée, peu de femmes y échappent complètement, la fréquence de cet écoulement due à l'action excitative sur la muqueuse utérine produite par l'eau sulfureuse est banale, elle disparaît vers le dixième jour de la cure.

Constant Robert signale également l'hydrorrhée dans son ouvrage *Sur le Traitement des Maladies utérines par l'eau de Cauterets*. Le début est marqué par une infiltration séreuse, plus ou moins forte du col de l'utérus et qui diminue à mesure que l'hydrorrhée s'accroît. Non seulement les eaux sulfureuses agissent ainsi sur la muqueuse utérine, mais aussi les eaux de Biarritz, de Salies-de-Béarn, qui sont chlorurées sodiques. Le mode de réaction est le même. Dans ce cas, dès qu'apparaît le symptôme d'hydrorrhée, il faut cesser le traitement, car au lieu d'un

effet thérapeutique satisfaisant, on aboutirait à des crises d'hystéralgie parfois très marquées et pouvant persister longtemps. Les plus atteintes sont les femmes à tempérament lymphatique, à col gros et mou, elles doivent être mises immédiatement au repos, et dix à douze jours après la cessation du traitement, on voit disparaître l'infection.

HYDRORRHÉE THÉRAPEUTIQUE.

Cette hydrorrhée est due en particulier à l'introduction dans le vagin de médicaments, tels que les ovules glycerinés. Comparable à l'action de l'eau sur la muqueuse utérine, leur action excitative amène une hydrorrhée pouvant persister pendant un certain nombre de jours et qui cesse dès que l'inflammation vaginale a disparu.

HYDRORRHÉES DITES IDIOPATHIQUES.

Hydrorrhées ne relevant pas d'une affection de l'utérus.

— A la base de ces affections, nous constatons le nervosisme, névroses et psychonévroses, névralgies, manifestations réflexes, déséquilibre endocrinien ; quand l'utérus est sain, nous ne remarquons sur lui que des traces d'hyperhémie ou des symptômes de névralgies.

L'importance du terrain paraît grande, les femmes atteintes d'hydrorrhée sont alors des nerveuses et leur tempérament névropathique et neuro-arthritique doit être sérieusement considéré. Les écoulements s'accompagnent de troubles fluxionnaires, vaso-moteurs,

troubles d'excitation ou d'inhibition. L'examen approfondi montre un ensemble d'entités morbides coexistant avec l'écoulement utérin.

En 1833, Mme Boivin et Duges, dans leur traité, prétendent qu'il existe des éjaculations séro-muqueuses provenant d'accès hystériques et fournies par les follicules muqueux, en grand nombre dans le vagin et dans les replis des petites lèvres de la vulve. Nous croyons plutôt qu'il s'agit là de phénomènes liés au système nerveux de la vie végétative (sympathique et vague). Les déséquilibres sympathico-vagotoniques doublés d'un terrain spécial sont à la base de certains symptômes étiquetés sous le nom d'hystérie, terme du siècle dernier, qui tend peu à peu à disparaître. « L'excitation du sympathique, disent Claude et Pieddelièvre, engendre des troubles, tels que chez les prédisposées, on assiste à l'apparition de véritables états pathologiques ».

HYDRORRHÉE ET TROUBLES ENDOCRINIENS.

Parmi les glandes endocrines qui semblent corrélatives du système utéro-ovarien, nous citerons le corps thyroïde, ceci est prouvé par les affections pathologiques chez la femme, au moment des troubles de la vie utéro-ovarienne, puberté, hyperthyroïdie dus à la ménopause. L'hydrorrhée peut être rattachée à un déséquilibre de la fonction ovarienne. L'insuffisance thyroïdienne amène-t-elle la production de l'hydrorrhée? Peut-être. Toujours est-il qu'on peut noter

l'état de ces malades, diminution des règles, pâleur de la face, stérilité.

Les lésions de l'hypophyse, caractérisées par divers syndromes, infantilisme, syndrome adiposo-génital, acromégalie, paraissent également avoir des rapports intimes avec l'hydrorrhée.

Nous n'avons encore aucune certitude quant à la valeur des lésions des glandes endocrines ; des faits nombreux de troubles de fonctionnement du corps thyroïde et de l'hypophyse peuvent amener à penser que l'hydrorrhée relève d'un trouble d'équilibre du système endocrinien, mais ces faits ne sont pas probants ; chez les hyperovariques qui ont un écoulement menstruel très abondant, il n'y a pas de congestion utérine anormale, au contraire chez les hypoovariques, l'insuffisance des règles est compensée par un écoulement leucorrhéique ou hydrorrhéique.

On ne peut affirmer une relation nette et prouvée entre l'hydrorrhée et l'insuffisance glandulaire ou pluriglandulaire, mais on peut penser que dans l'étiologie de ces hydrorrhées idiopathiques que nous venons de voir, un grand nombre sont peut-être à rattacher soit à un trouble du système sympathico-vagotonique, soit à un syndrome sympathico-endocrinien, déterminé par une lésion du sympathique ou par une lésion des glandes à sécrétions internes.

IV

PATHOGÉNIE

Le phénomène qui consiste à l'écoulement hors des voies vaginales d'un liquide aqueux n'est plus discuté. Seules, les nombreuses théories émises sur le mécanisme prêtent à diversion, il est probable que chacune d'elles est plausible.

Courty et Cruveilhier approuvent cette opinion que la pathogénie de l'hydrorrhée relève d'une hypersécrétion des glandes utérines.

Mlle Coutzarida qui étudie dans sa thèse le rapport étroit entre l'hydrorrhée primitive et le cancer de l'utérus, fait de l'hydrorrhée une extravasion du sérum sanguin, au niveau d'une muqueuse congestionnée par la présence d'une tumeur. Hégar met en cause directement l'hypertrophie des glandes. La toxicité entre en jeu par son action sur la musculature lisse des fibres utérines. Cette hypertonicité musculaire aurait pour cause la formation de CO_2 résultant de la stase sanguine dans l'organe congestionné, la circulation de retour se fait mal, ne déverse pas dans la veine-cave inférieure la quantité de sang utérin voulue, il se fait de l'acide carbonique qui, par son

action toxique et inhibitrice déclanche l'hypertonie des fibres musculaires, d'où suit l'écoulement aqueux provenant du contenu des glandes.

Toute lésion bénigne ou maligne produit par inflammation des réactions au niveau des tuniques de l'organe voisin, la présence d'un polype ou soi-disant, d'une néo-formation au niveau de l'utérus et en état de sphacèle ou nécrose produit par action septique un spasme. L'élément spasmodique intervient également quand il existe des lésions de voisinage, lésions annexielles (salpingo-ovarite, hydrosalpinx).

Il est un phénomène particulier à noter parfois, c'est la fixité et la régularité dans le temps de l'hydrorrhée, certaines malades n'accuseront l'écoulement de l'eau que sous des causes diverses, invariables et survenant à heures fixes, par exemple sous l'effet d'une digestion, au lever, au début d'un travail régulier. Certains auteurs pensent qu'il s'agit là de phénomènes traduisant un choc hémoclasique et semblables aux réactions anaphylactiques. Nous penserons plutôt que cette hydrorrhée se produisant sur un terrain propice est due au déséquilibre du système nerveux végétatif. L'interrogatoire montre chez ces femmes l'importance en nombre de manifestations morbides, douleurs dysménorrhéiques, céphalées, urticaire, troubles gastro-intestinaux, auxquels s'ajoutent des troubles moteurs, bouffées de chaleur, vertiges, nausées. Les recherches faites sur le sympathique montrent l'union intime du système nerveux aux organes génito-féminins, l'hypersympathicotonie

provoque des manifestations dans le cadre desquelles rentre l'hydrorrhée.

PATHOGÉNIE DE L'HYDROSALPINX.

Comment le liquide hydrorrhéique s'écoule-t-il hors des voies naturelles ? Pour comprendre cette pathogénie, il suffit de savoir que le liquide est sécrété dans une cavité et c'est au moment de la sur-tension des parois de cette cavité qu'il trouve un moyen d'expulsion. Si l'orifice est largement ouvert, il y aura un suintement continu, jamais la poche ne sera remplie, c'est l'hydrorrhée continue, il n'y aura pas de crise hydrorrhéique avec abondance de liquide émis. L'interrogatoire ici ne donne rien, la femme accuse des pertes, non sensibles, pas de pertes d'eau, mais à l'examen on peut trouver des fibromes œdémateux localisés sous la muqueuse utérine ou certains cancers de l'utérus avec sécrétions séreuses abondantes.

Si le col est étroit ou obstrué, le liquide endométrin s'accumule jusqu'au moment où, cédant à la pression, l'orifice s'ouvre, produisant une contraction douloureuse et l'hydrorrhée devient manifeste.

S'il y a sténose du col, on n'observe plus d'écoulement ni de suintement, il se forme une tumeur liquidienne utérine.

La pathogénie de l'hydrorrhée tubaire est en tout point semblable à la pathogénie de l'hydrorrhée utérine, l'oblitération du pavillon qui transforme la trompe en une cavité où se produit la formation du

liquide donne l'hydrosalpinx. Si l'*ostium uterinum* est largement ouvert le liquide s'écoule de façon permanente dans l'utérus, confondu avec les pertes blanches ou parfois en quantités si petites qu'elles peuvent passer inaperçues. Cette expulsion latente due aux contractions péristaltiques de la paroi tubaire ne s'accompagne d'aucune manifestation douloureuse, et il est très difficile dans ce cas pour le médecin de déceler les symptômes d'hydrorrhée, ce sont les salpingites chroniques avec hypersécrétion du liquide.

Dans un deuxième cas l'*ostium uterinum* est rétréci, il y a là accumulation du liquide de la trompe, car l'élasticité utérine résiste, mais à un certain degré de pression elle cède, et le liquide intratubaire s'échappe ; ce phénomène peut s'observer grâce à un effort de la malade, changement de position, au lever, pression abdominale, c'est l'hydrorrhée intermittente et la poche qui était douloureuse au toucher, s'efface pour se reformer progressivement jusqu'à une prochaine émission.

PATHOGÉNIE DE L'HYDRORRHÉE DES CANCERS DE L'UTÉRUS.

L'épithélioma joue un rôle inflammatoire en s'accroissant dans la cavité utérine et la congestion vasculaire envahit rapidement tout l'organe. Les petits vaisseaux utérins qui subissent cette poussée sanguine se distendent et présentent alors des altérations, des phénomènes de dégénérescence propres aux conges-

tions prolongées. Il se produit une transsudation hors des vaisseaux, du sérum sanguin constituant le liquide hydrorrhéique. Il en va de même des fibromes à dégénérescence néoplasique. Leur formation *in utéro* provoque comme un phénomène initial une congestion utérine et partant une altération vasculaire.

PATHOGÉNIE DE L'HYDRORRHÉE DES FIBROMES UTÉRINS.

L'écoulement hydrorrhéique se retrouve assez souvent dans la symptomatologie des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Bouilly dans l'*Encyclopédie Internationale de Chirurgie* mentionne des myomes hydrorrhéiques. « Les tumeurs sous-muqueuses par leur voisinage de la muqueuse, déterminent de bonne heure des écoulements muqueux et surtout des hémorragies. L'écoulement muqueux peut prendre de grandes proportions ». Pozzi parle des écoulements séreux qui accompagnent souvent les tumeurs fibreuses de l'utérus (*Traité de Gynécologie*). Trélat est le premier qui ait cherché à expliquer nettement l'hydrorrhée des corps fibreux, dans sa leçon clinique sur les myomes hydrorrhéiques. Berthault (Etude sur les fibromyomes hydrorrhéiques, *Médecine Moderne*, 30 avril et 7 mai 1891) admet la même pathogénie « la muqueuse est amincie, lisse et unie, et c'est la muqueuse qui fournit le liquide séreux ou séro-sanguinolent qui s'écoule au dehors. L'écoulement de ce liquide n'est pas permanent, il n'a lieu que d'une manière irrégulièrement intermittente ». Donc, pour Trélat et

Berthault, il s'agit d'une hypersécrétion des glandes de la muqueuse utérine.

Gusserow croit qu'une longue évolution du fibrome utérin amène la transformation de ce dernier en fibro-sarcome et en carcinome, de façon constante. Il semble trop absolu de faire de tout corps fibreux hydrorrhéique une tumeur devenue cancéreuse.

Dubourg avec Pépin, de Bordeaux, en 1894, pratiquaient une laparohystérectomie pour fibrome utérin et leur attention fut attirée par la coexistence d'un hydrosalpinx volumineux. On croit pouvoir tirer les conclusions suivantes dans la pathogénie de l'hydrorrhée des fibromes utérins :

1° L'hydrorrhée des corps fibreux utérins n'a pas toujours la même pathogénie ;

2° Elle peut prendre sa source dans la paroi utérine, glandes de la muqueuse et capillaires sanguins ;

3° Dans le fibrome lui-même : a) kyste s'ouvrant dans la cavité utérine en cas de cysto-fibrome ;
b) dégénérescence cancéreuse ;

4° Dans un hydrosalpinx communiquant par un *ostium uterinum* perméable avec l'utérus et s'y vidant d'une façon intermittente.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Le point capital pour le praticien est de déceler s'il y a ou non de l'hydrorrhée. Il suffit de poser à une malade cette question nette « perdez-vous de l'eau ? » pour recueillir grâce à son attitude un indice très léger. Si elle reste interdite, ne sachant que répondre, c'est qu'elle n'en perd pas, car cette perte d'eau est assez caractéristique pour frapper la malade. Ce n'est pas toujours pour ce symptôme que les femmes viennent consulter, ce sera parfois pour une pesanteur permanente du bas-ventre, une sensation vague, indéfinissable, du côté de la matrice ou un autre signe. Elles perdent de l'eau, mais confondent avec les pertes blanches et ne prévoient pas toute l'importance future de cette hydrorrhée. Et en continuant l'interrogatoire, il est nécessaire d'avoir des détails précis qui permettent le diagnostic.

Quels sont les différents écoulements qu'il faudra éliminer ?

Il existe les pertes en blanc qui empèsent le linge et qui sont des sécrétions venues du col.

Les pertes en jaune qui sont du pus issu du vagin, de l'utérus ou des trompes.

Les pertes rosées qui sont des hémorragies légères, mélangées avec d'autres exsudats.

Les pertes laiteuses des jeunes filles chlorotiques, sortes de transsudations par dyscrasie sanguine.

Il existe aussi une période d'arrêt entre les règles qui se manifeste par un écoulement rosé, tachant le linge d'une légère auréole.

L'afflux congestif est tel parfois que les règles sont précédées d'une évacuation séreuse physiologique. La fin des pertes menstruelles peut traîner pendant plusieurs jours, caractérisées par un liquide clair plus ou moins rosé. On n'a pas fait grand état de ces exsudats congestifs de la menstruation.

L'interrogatoire doit se poursuivre d'une façon nette, pour acquérir la certitude de l'existence de l'hydrorrhée.

Combien de prolabées latentes, quand elles sont fatiguées par une longue station debout, ou à l'occasion d'un éclat de rire, d'une quinte de toux, d'un effort, se sentent mouillées. Il s'agit là d'une émission involontaire ou accidentelle d'urine dont l'odeur ammoniacale ne se manifeste que plus tard, qui peut entraîner la confusion avec l'hydrorrhée et inquiète les malades.

Certaines femmes à vulve étroite, gardent une partie de leur injection prise dans le décubitus dorsal et le liquide s'écoule dès qu'elles sont debout ou en inclinant le corps en avant ; pour peu que l'antiseptique soit de teinte rosée la malade s'affole et confond avec l'hydrorrhée hématique. Il faut insister sur tous

ces points pour ne pas commettre une erreur de diagnostic.

CARACTÈRES DE L'ÉCOULEMENT HYDRORRHEIQUE.

L'hydrorrhée consiste dans l'émission brusque en jets, par voie vaginale, d'un liquide clair comme de l'eau ; dans la grande majorité des cas il est limpide, inodore, d'autres fois, il est citrin. Il mouille le linge et dans les cas purs, le salit à peine et ne l'empêche pas.

La quantité est variable, depuis un léger suintement d'eau continu ou subcontinu à l'orifice vulvaire, indécélable, jusqu'à l'écoulement à profusion, inondant la garniture. Les femmes qui mouillent un peu continuellement sont à surveiller, bien plus que celles qui perdent brusquement un verre à bordeaux de liquide clair.

Le début est parfois subit, sans signe précurseur, l'hydrorrhée s'installe d'emblée et l'écoulement est considérable.

Quand l'hydrorrhée consiste en un suintement officiel continu, sujet à des augmentations brusques, paroxystiques, les accidents sont bien constitués. *L'écoulement d'eau par le vagin quand il est net et répété doit faire craindre un état grave du corps utérin.*

Si l'on étudie les rapports de l'hydrorrhée avec les règles, on voit qu'à certains moments le flux aqueux se mêle au sang, altéré dans sa coloration, et à d'autres, c'est avant ou après les époques qu'il se manifeste abondamment.

Le caractère pathognomonique est la brusquerie de l'épanchement, dans l'intervalle des crises la malade ne souffre pas, elle est calme ; la crise est suivie d'un abattement, d'une lassitude dont l'effet est parfois désastreux chez certains sujets névropathes, l'attente continuelle d'un écoulement crée chez elles un état d'inquiétude permanent et elles n'échappent pas à la neurasthénie. Le liquide est parfois brûlant, exco-riant pour la vulve, quand il est odoriférant, ce peut être d'odeur aigrette, quelquefois d'odeur sphacé-lique, l'humidité continuelle, la macération des tissus entraînent des infections secondaires ; de toutes façons, que le liquide ait certains caractères particuliers ou qu'il soit semblable à l'eau claire, on doit le considérer comme pouvant être toxique, extrêmement septique, c'est là le point capital sur lequel nous insistons.

DIAGNOSTIC AVEC LES LEUCORRHÉES.

Si on étudie les divers écoulements physiologiques de la partie inférieure de l'utérus au niveau du vestibule et de la vulve, dans la région péri-urétrale, nous constatons normalement l'existence d'une sécrétion fluide incolore, peu filante, mouillant simplement, tandis que plus bas, vers la fourchette, le liquide est huileux, en coulée de glycérine, visqueux, empestant un peu le linge. Ces écoulements proviennent respectivement des glandes péri-urétrales et des glandes de Bartholin, ils agglutinent les résidus

sébacés et les produits de desquamation de la région donnent naissance au segma blanchâtre, quelquefois anormalement abondant.

Le col laisse sourdre par son orifice externe une leucorrhée glaireuse, gélatiniforme, adhérente, fuyant la pince, empesant le linge sans le tacher, ce qui est capital pour le diagnostic, car l'hydrorrhée n'empêche pas le linge.

Leucorrhée des jeunes filles. — A la puberté apparaissent les pertes blanches. C'est un écoulement fluide, séreux, précédant quelquefois les règles de plusieurs mois, persistant quelques jours chaque mois. C'est un phénomène prémonitoire, indice de congestion de tout l'appareil génital. Congestion qui n'est pas encore assez intense pour provoquer des ruptures de capillaires, mais assez pour augmenter considérablement la transsudation physiologique. Quand les règles sont instaurées, il n'est pas rare de voir la poussée congestive faire précéder ou suivre l'écoulement sanguin de pertes blanches durant deux à trois jours ; ces pertes augmentent chez les jeunes filles surmenées intellectuellement ou même physiquement par abus des sports. Cet écoulement physiologique peut devenir pathologique par son abondance anormale. On se trouve alors le plus souvent en face d'une jeune fille non amaigrie, blonde, bouffie, lymphatique, au teint jaunâtre de chlorotique, se plaignant d'insomnie, de palpitations, d'asthénie, malade triste, irritable, mélancolique.

Les règles sont irrégulières, plutôt avec retard, souvent peu colorées et peu abondantes ; par contre, il existe un écoulement continuels très séreux, surtout par transsudation vaginale, écoulement peu irritant malgré son abondance, à moins d'hygiène défectueuse. Cette leucorrhée pathologique de la puberté comparable à la sudation exagérée, à l'hyperidrose est due à une déficience de l'état général, à la chlorose, au lymphatisme, au neuro-arthritisme. Le laboratoire démontre l'absence d'éléments pathogènes, la moisson bactériologique est riche, mais ce sont des saprophytes : formes bactériennes, longues et grêles (strepto-bacilles, diplo-bacilles, bacilles pseudo-diphtériques) ; au point de vue cytologique, peu ou pas de leucocytes, des cellules épithéliales souvent facilement colorables.

Leucorrhée de la femme. — Siredey et Dalche insistent sur un type de métrite spéciale, génératrice d'écoulement abondant, apanage des jeunes mariées, à vagin anormalement court, avec col jusqu'à la vulve et souvent utérus en rétroversion. Elles se plaignent de pesanteur, de lombalgie sous l'influence de traumatisme répétés, les saprophytes peuvent devenir nocifs. Au cours de la grossesse, la leucorrhée physiologique augmente d'abondance, il est utile de diagnostiquer une grossesse au début, sans symptômes apparents pour éviter la confusion avec une hydorrhée pathologique.

A la fin du post-partum, l'endométrite est géné-

ratrice d'écoulement assez fluide, odorant, venant surtout du corps utérin encore gros, souvent en rétroversion, avec rétention de petits fragments déciduaux.

Leucorrhées séniles. — A côté des jeunes filles et des jeunes femmes, il n'est pas rare de voir survenir une femme âgée, inquiète, ménopausée depuis longtemps, n'ayant plus de rapports sexuels, elle s'étonne de l'apparition d'écoulements peu abondants, fluides, d'odeur fétide. A l'examen, aucune trace de néoplasme du col ou du corps, ce ne sont d'ailleurs point les pertes ichoreuses abondantes du cancer, il n'y a le plus souvent pas de métrorragies, l'utérus n'est pas gros comme dans le cancer du corps. Quelles causes invoquer ? Chez certaines malades ils sont d'origine physique, pessaires oubliés, défaut d'hygiène. Le plus souvent on reste hésitant, certains incriminent le cloisonnement vaginal sénile et la rétention, d'autres l'atrophie utérine avec troubles circulatoires, athéromatose et phénomènes de nécrobiose avec leucorrhée.

DIAGNOSTIC DE L'HYDRORRHÉE DANS L'HYDROSALPINX.

Hydrorrhée dans l'hydrosalpinx ouvert.

La crise hydrorrhéique est amenée par rétention du liquide dans la cavité, la trompe étant fermée au pavillon, la perméabilité de l'*ostium uterinum* permet

l'expulsion intermittente de la sécrétion tubaire. Dans l'hydrosalpinx classique donnant lieu à d'énormes tumeurs kystiques en cornemuse, la trompe est fermée aux deux bouts, ce qui permet au liquide de s'accumuler sous pression dans la poche tubaire et la poche n'est pas injectable au lipiodol. Les moyens chimiques permettent le diagnostic de la tumeur kystique dont le volume est parfois considérable.

Il n'en va pas de même pour l'hydrosalpinx ouvert, à soupape, dont le liquide s'écoule d'une façon continue par l'orifice utérin de la trompe. La pression amène la distension brutale de l'orifice et le liquide s'évacue. La perméabilité peut être plus ou moins grande, si la communication est large le liquide se vide, pour ainsi dire, d'une façon continue, cette hydrorrhée est facile à déceler cliniquement.

Si l'orifice utérin est étroit le liquide s'accumule en tension dans la poche tubaire, et à un certain moment, la tonicité s'efface, l'eau s'évacue brusquement et amène la crise hydrorrhéique. Le symptôme hydrorrhée accompagne presque toujours ces deux variétés d'hydrosalpinx ouvert mais en pratique il passe souvent inaperçu. Mieux encore, l'examen gynécologique, l'exploration digitale, même faite par un praticien averti, se trouve limitée par la dureté de la paroi abdominale, par une trompe molle, avec peu de liquide, aussi peut-on dire parfois que ces variétés d'hydrosalpinx ouvert passent presque inaperçues. Et cependant la lésion constitue une des causes les plus fréquentes de la stérilité.

Il est un moyen d'exploration actuelle qui marque un grand pas dans la reconnaissance de ces hydrosalpinx ouverts, c'est l'examen au lipiodol avec insufflation tubaire (thèse de Lucienne Lecoq, Paris, 1931), Douay, dans la *Gazette Médicale de France*, 1931, parle des hydrosalpinx ouverts reconnus avec le lipiodol et les schémas radiologiques, c'est à son article que nous empruntons la technique d'injections tout à fait remarquable, car elle montre sous l'écran la contractilité tubaire. L'hydrosalpinx ouvert présente deux variétés assez importantes à différencier.

a) *Hydrosalpinx ouvert sans distension*. — La trompe fermée au pavillon contient peu de liquide, la paroi musculaire est à peu près intacte, sa contractilité est conservée, de sorte que les liquides ne stagnent pas, mais chassés de suite dans la cavité utérine. L'*ostium uterinum* est facilement perméable, cette perte d'eau est minime et donne lieu à l'hydrorrhée latente.

Si on fait dans ce cas un examen au lipiodol, la radiographie montre que le lipiodol pénètre avec facilité dans la trompe, la remplit peu à peu, la distend dans sa partie terminale, mais rien ne passe dans le péritoine. Le liquide d'hydrorrhée est peu abondant, parce qu'il est chassé dans l'utérus, à mesure de sa formation par les contractions tubaires, le lendemain le lipiodol a presque disparu. L'insufflation tubaire donne des renseignements moins nets, l'oxygène remplit d'abord l'utérus puis après un arrêt pénètre dans la trompe qui se distend, laissant supposer que le gaz

a pénétré dans le péritoine, et les signes habituels de la perméabilité font défaut. Dans ce cas, ce qu'il importe de considérer, ce n'est pas tant l'hydrosalpinx que la fermeture du pavillon, si l'oblitération n'est pas définitive, la trompe récupère sa fonction et il y a chance de grossesse ultérieure chez une femme jeune, quand les moyens d'insufflation tubaire et d'injections au lipiodol ne suffisent pas, l'opération étant acceptée, on pratique l'ouverture du pavillon par salpingolysis ou salpingostomie.

b) *Hydrosalpinx ouvert avec distension.* — Ici la tunique qui constitue la paroi tubaire a perdu sa contractilité par atrophie de sa couche musculaire, la cavité tubaire se vide par regorgement, donnant lieu à l'hydrorrhée intermittente. Les gouttes de lipiodol tombent une à une dans la cavité kystique, donnant à la radio une image muriforme; toute idée de fécondation doit être abandonnée, la trompe a perdu sa contractilité, cette lésion constitue un danger permanent de complications infectieuses, le lipiodol ne l'empêche pas. Quel sera le mode d'intervention ? Douay sacrifie la partie kystique, Raymond Petit place directement l'ovaire dans l'utérus, après résection de la corne utérine. Il existe certaines hydrorrhées dont l'origine est placée au-dessus du pavillon. Douay a reconnu à l'hôpital Broca un cas de kyste de l'ovaire ouvert dans la trompe et qui se vidait partiellement par la voie tubo-ovarienne, certaines tumeurs végétales de l'ovaire s'annoncent par du liquide séro-

hématique expulsé sous forme d'hydrorrhée teintée de sang.

Il résulte de cet exposé du diagnostic et des moyens employés pour y parvenir que l'hydrorrhée peut être ou d'origine tubaire, ou d'origine utérine.

1^o L'HYDRORRHÉE EST D'ORIGINE TUBAIRE, la pratique des examens au lipiodol que Claude Béchère a décrit avec radiographies, observations et statistiques dans sa thèse de 1929 et dans la *Gynécologie et obstétrique* de mars 1929, permet de déceler les variétés d'hydrosalpinx. Le liquide s'accumule dans une cavité parce que celle-ci est fermée au pavillon, la perméabilité de l'*ostium uterinum* favorise l'expulsion du liquide à l'extérieur, l'hydrosalpinx relève presque toujours d'une cause microbienne, d'une gonococcie atténuée, qui a produit l'occlusion du pavillon tubaire.

2^o L'HYDRORRHÉE EST D'ORIGINE UTÉRINE : le liquide se forme dans la cavité utérine, s'il y a sténose du col le liquide s'écoule par intermittence ou d'une façon continue si le col est ouvert, les causes qui peuvent provoquer cette hydrorrhée sont les suivantes : cancer du corps avec hydrorrhée hématique, fibromes sous-muqueux, mous, œdémateux par transsudation, les métrites inflammatoires polypeuses.

Dans la variété de fibromes sous-muqueux, il existe 2 cas, ou bien le fibrome siège dans une cavité spacieuse, large, on a alors l'hydrorrhée continue, ou bien le fibrome fait tampon, obture l'orifice cervical comme un clapet et on a l'hydrorrhée intermittente.

Il ne faut pas oublier l'action sténosante due aux applications de radium.

DIAGNOSTIC DE L'HYDRORRHÉE, DES FIBROMES
ET DES CANCERS.

Alors que les hémorragies abondantes sont assez communes dans les fibromes sous-muqueux, elles peuvent manquer complètement dans les cas de tumeurs sous-péritonéales, les règles sont normales, mais il survient des pertes blanches peu abondantes, de durée relativement courte, n'apparaissant que dans les premiers jours qui suivent les règles, peu à peu elles se prolongent davantage et finissent par persister d'une manière continue entre les époques cataméniales. On se trouve alors en présence d'un liquide aqueux, séreux, plus ou moins abondant, c'est l'hydrorrhée qui est ainsi constituée, caractéristique, typique et parfois difficilement décelable selon l'abondance de l'écoulement. Cette hydrorrhée s'observe quand les noyaux fibromateux sont en contact immédiat avec la muqueuse, la quantité de liquide peut être telle qu'il inonde à chaque instant les organes génitaux et les cuisses. Cette hypersécrétion n'arrive jamais à un pareil degré dans les fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux.

Les écoulements leucorrhéiques et hydrorrhéiques peuvent appartenir aux fibromes comme aux cancers, mais leurs caractères sont très différents. L'hydrorrhée des fibromes apparaît à une date plus tardive que

l'hydrorrhée des cancers de la cavité utérine et c'est seulement lorsque celle-ci s'est agrandie qu'il existe des myomes sous-muqueux et surtout si l'un d'eux, pédiculé, tombe dans la cavité utérine. A cette époque, en somme assez rapprochée du début, le liquide est clair, limpide, constitué par une sérosité plus ou moins abondante, de teinte légèrement hématique et qui devient louche dès qu'il se produit un peu d'infection. L'odeur fade, primitive, s'accroît et revêt un caractère fétide lorsqu'un polype engagé dans le col donne lieu à des phénomènes de rétention, cependant elle n'exhale pas l'odeur si caractéristique de l'ichor cancéreux. Il faut retenir de plus, que la leucorrhée fétide du cancer de la cavité utérine est précoce et se reconnaît par la fréquence et l'irrégularité des hémorragies et par son odeur spéciale, différente de celle que présente l'hydrorrhée des fibromes, après rétention dans la cavité utérine. Une hydrorrhée abondante indique l'existence de fibro-myomes sous-muqueux ou tombés dans la cavité utérine et exposant les malades à l'infection.

Les fibromes sous-muqueux en état d'inflammation ou de sphacèle constituent le groupe pathologique le plus important des tumeurs à hydrorrhée, celui qui intéresse plus particulièrement notre étude. Après intervention, quand on examine de telles pièces, on trouve des lésions d'infiltration séreuse interstitielle, rosée ou grisâtre, parfois avec odeur gangréneuse, rarement à l'état de suppuration vraie. Les tissus sont ramollis et friables, sous le doigt, le microscope

montre des lymphangites, des artérites, des phlébites. S'agit-il d'inflammations primitives ou de troubles circulatoires primitifs, nécrose, par ischémie, peu importe? Un autre groupe pathologique producteur d'hydrorrhée, est la dégénérescence sarcomateuse des fibromes. L'examen histologique est nécessaire pour reconnaître les lésions. On peut aussi rencontrer l'hydrorrhée dans une lésion bénigne, les polypes muqueux, d'habitude reconnus au spéculum et non moins facilement enlevés au galvanocautère, mais il faut se méfier de certains soi-disant polypes volumineux venus de la cavité du corps, qui ne sont autres que des fibromes pédiculés, en voie d'accouchement spontané et de ce fait étranglés et œdématiés.

VI

CARACTÈRES DU LIQUIDE HYDRORRHÉIQUE

1° *Examen physico-chimique :*

Densité 1003, inférieure à celle de l'urine.

Réaction neutre ou alcaline.

Pas de mucine.

Albumine décelable en quantité plus ou moins notable suivant les cas.

Pas de sucre.

Taux de l'urée : 3 à 5 gr. par litre.

Présence de chlorure de sodium, les cristaux se forment après réduction par évaporation.

Cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens.

2° *Examen cytologique :*

Cellules de desquamation épithéliale.

Quelquefois microbes de la flore vaginale (*bacterium coli*) et dans le cancer du corps, présence de cellules néoplasiques.

Nous donnons ici les résultats des recherches faites antérieurement par divers bactériologistes. L'examen

du liquide d'hydrorrhée qui a pu être recueilli et examiné, montre donc une réaction alcaline. Il est nécessaire de rappeler ici quelle est la réaction des sécrétions et écoulements vaginaux chez une femme indemne de tout élément pathologique, de toutes tares constitutionnelles, pour établir l'importance de l'hydrorrhée. Le vagin, au repos, renferme 1 à 2 gr. d'un liquide blanchâtre cailleboté, de consistance crémeuse, ce liquide a une réaction acide. L'examen microscopique y révèle une abondante flore bactérienne, non virulente, des cellules de desquamation épithéliale du vagin, des leucocytes en petites quantités, et selon Cotte « des détritits cellulaires, en suspension dans un liquide de transsudation, émanés sans doute, du tissu conjonctif sous-épithélial, très riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques car l'épithélium lui-même qui affecte dans toute son étendue le type pavimenteux stratifié, ne possède ni glandes, ni aucun autre élément glandulaire ». Des recherches ont été faites depuis longtemps sur les produits de sécrétions vaginales, sur la flore vaginale et sur les causes influant sur la constitution.

A l'état normal, les sécrétions vaginales font virer au rouge le papier du tournesol, et leur concentration en ions H montre également qu'elles ont une fonction acide. Zwozinski et Truszowoski, dans la *Gynekologia Polska*, 1926, montrent qu'ils ont recueilli des sécrétions vaginales et ont titré les ions H. Chez la femme normale, l'acidité est de 4 à 6 1/2 %, chez la femme enceinte, elle est augmentée, dans les

états infectieux, elle est diminuée fortement après le coït. Si l'on étudie la flore vaginale chez une vierge indemne de toute tare pathologique et d'accidents, l'examen microscopique montre des bacilles se présentant sous forme de bâtonnets (bacille de Döderlein) auxquels se joignent parfois des cocci d'importance relative.

Il est assez rare de trouver une pureté aussi grande d'écoulement vaginal ; le plus souvent il vient s'ajouter des bâtonnets courbes de Menge, ne provoquant pas de sérosité. A d'autres moments les bacilles vaginaux disparaissent, l'examen décèle des cocci de toutes dimensions, des micrococcus tétragènes, des diplocoques, des bacilles pseudo-diphthériques et des streptocoques anaérobies. Mais comme l'indique Cotte, dans son *Traité des troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*, ce qu'il importe surtout de noter, ce sont les rapports étroits entre la flore bactérienne et les réactions des sécrétions vaginales. Dans les deux premiers cas que nous avons cités plus haut la réaction vaginale est toujours acide, tandis que dans les autres cas la réaction est très faiblement acide ou devient alcaline.

La diminution d'acidité vaginale est en rapport avec le développement des germes virulents, infectieux, streptocoques et autres agents pathogènes. Il suffit d'une tumeur en acide lactique à 1 pour 1.000, pour empêcher le développement des streptocoques. Le vagin d'une femme saine ou nullipare se défend admirablement contre toutes infections extérieures,

grâce à son acidité, l'inoculation de microbes ne peut permettre à ceux-ci de se développer et grâce aux bacilles vaginaux l'acidité se perpétue, créant un véritable moyen de défense.

La réaction de l'écoulement vaginal est d'autant plus acide que la flore vaginale est plus pure. Les sécrétions glandulaires, les écoulements séro-muqueux, l'hydrorrhée, par leur effet neutralisent l'acidité vaginale, provoquant une modification de la flore microbienne.

La réaction du liquide hydrorrhéique est alcaline. Il est démontré qu'en présence d'un écoulement de nature alcaline, il ne pouvait s'agir là que d'un liquide infectieux renfermant des germes pathogènes qui ont neutralisé par leur action virulente l'acidité normale du vagin. Seules les injections ou l'intromission de bases très fortes peuvent donner une action comparable ; or l'hydrorrhée est à réaction alcaline ; la déduction de ce que nous avons vu peut nous amener à penser que c'est un liquide septique.

Le diagnostic est donc primordial, existe-t-il ou non de l'hydrorrhée ? La présence de toute certitude établie, on ne doit plus perdre de vue la notion de septicité.

Cette septicité est d'autant plus difficile à démontrer qu'il en est pour l'hydrorrhée comme pour toutes sécrétions infectieuses, drainées automatiquement dans un organe creux, s'ouvrant directement à l'extérieur, par exemple comme pour la tuberculose rénale, cavitaire, comme pour les cancers végétants

et ulcérés de la partie basse du gros intestin. Les signes apparents de résorption manquent quand il n'y a pas rétention ; la résorption utérine est fréquemment apyrétique et indolore, elle ne peut se traduire que par un léger degré de cachexie latente (pâleur des téguments, sub-œdème, asthénie, hypotension, etc.).

Que qui est certain, c'est qu'à la suite d'une hystérectomie banale (même d'un curetage ou d'une pose de radium, comme le montreront les observations dont nous qualifions notre thèse), la septicité de l'hydrorrhée se révèle d'une façon évidente par son action sphacélique sur les tranches des tissus et non moins nettement par la brutalité du shock opératoire. A cet égard chaque chirurgien se rappellera certainement des faits démonstratifs. Cotte, dans la *Presse médicale* de juin 1932, dans un article « A propos du traitement des fibromes hémorragiques par les agents physiques » dit que : « rayons X et radium ont leurs avantages et leurs inconvénients, mais il n'est pas certain que ces manœuvres ne soient toujours anodines ; elles peuvent donner lieu à des *réveils graves d'une infection latente* ».

Nous emprunterons à M. Bonneau deux anciennes observations publiées dans *La Clinique*, 1928, à propos de son étude sur l'hydrorrhée vaginale. Ces deux observations montrent le danger des infections secondaires dues à la toxicité hydrorrhéique.

OBSERVATION I

Une dame de 35 ans étant atteinte d'un gros fibrome ancien, compliqué récemment d'une hydorrhée intense ; je préviens le mari qu'une dégénérescence est à redouter. A cause des circonstances matérielles, indépendantes de ma volonté et de celle de ma malade, celle-ci fut opérée par un autre chirurgien qui aurait été plus rassurant sur la gravité du cas. Or, après l'hystérectomie subtotala sans drainage, des phénomènes septiques foudroyaient en trois jours l'opérée. L'examen histologique de la pièce qu'on vint m'apporter montra qu'il s'agissait d'un fibrome dégénéré en sarcome sphacélique.

OBSERVATION II

Une personne de 48 ans est atteinte d'un fibrome suspecté de dégénérescence maligne, car la face postérieure du corps est de consistance irrégulière et il existe, en plus, des pertes en rouge, une hydorrhée manifeste. Incidemment cette dame a présenté à plusieurs reprises des phénomènes de radiculite localisée surtout aux membres supérieurs et pour lesquels, elle a été entre les mains d'un neuro-pathologue. Malgré cette tare nerveuse, je propose une rachi-anesthésie car la malade est assez grasse, de teint pâle, et je prévois une opération difficile. Son médecin agissant derrière moi, fait un tel tableau des dangers de la rachi-anesthésie qu'au dernier moment la malade la refuse brusquement. Mauvaise anesthésie au balsoforme. La malade asphyxie, pousse, son arbre aérien se remplit de mucosités. Par crainte de toux post-opératoire et d'éventration, je referme complètement par en haut, m'en fiant au seul drainage par le vagin. Deux

jours plus tard, signes de septicémie généralisée ; à la base du poumon droit, souffle avec bordure de crépitants, crachats jaunes, sans la moindre teinte hémoptoïque. Puis la paroi doit être désunie, à cause de la formation d'une sérosité louche, sans pus. Quoique l'opérée ait rendu ses gaz et ne vomisse pas, la toxémie s'aggrave et la mort survient au dixième jour. La pièce enlevée par morcellement était un fibrome avec gros œdème et phlébite interstitielle. Accessoirement, on avait noté d'anciennes adhérences d'origine ovarienne.

Voilà deux cas mortels d'autant plus désastreux que la septicité est insoupçonnée, le milieu ne présentant aucune apparence clinique. De quelque origine que soit l'hydrorrhée, elle constitue un liquide septique ; d'origine salpingienne ? Les germes pathogènes neutralisant l'acidité vaginale donnent une réaction alcaline. Sa septicité est d'autant plus grande que les surfaces en rapport sont plus sphacélées et plus mortifiées, c'est pourquoi nous croyons pouvoir affirmer que le danger est plus grand dans les hydrorrhées à fibrome et à cancer car nous avons déjà en premier lieu un liquide, qui de par lui-même présente des réactions inflammatoires, largement augmentées par le contact de tissus nécrosés et nous devons considérer *à priori toute femme présentant de l'hydrorrhée comme une grave infectée latente.*

VII

PRONOSTIC

Cette septicité du liquide hydrorrhéique n'est pas un phénomène virtuel, une vue de l'esprit ; prouvée par des faits chirurgicaux, la gravité du symptôme se manifeste après l'intervention où l'on voit apparaître les infections. Derville dans sa thèse affirme que « l'hydrorrhée ne comporte pas en elle-même de pronostic particulier », nous pensons plutôt qu'elle constitue un symptôme de gravité spéciale surtout dans les hydrorrhées à affections utérines, fibrome avec phlébite, cancer.

Le pronostic n'est pas seulement lié à celui de la lésion utérine, il est d'ordre général pour la malade, entraînant au cours de l'intervention et surtout après des septicémies mortelles. Cependant au point de vue chirurgical, le pronostic n'a pas la même valeur pour l'hydrosalpinx et pour l'hydrorrhée des fibromes sphacelés et des cancers,

PRONOSTIC DES HYDROSALPINX.

L'infection ne se révèle pas aussi manifeste dans les hydrosalpinx à soupape et même il n'est pas

prouvé, malgré les recherches de laboratoire de Zwoszinski et Truzowski sur l'acidité vaginale, que le liquide provenant d'une poche tubaire soit nettement septique. Malgré tout l'opération doit être conseillée de très bonne heure, car toute poche salpingienne se vidant mal et communiquant avec l'utérus, est une menace permanente d'infection. Beaucoup de salpingites à début brusque et inopiné, ne sont que des complications infectieuses d'un hydrosalpinx ouvert et passé inaperçu « l'opération faite avant toute complication infectieuse pourra être conservatrice et même réparatrice, permettant une grossesse ultérieure. Au contraire, si l'on attend pour opérer que des phénomènes infectieux se soient produits on est dans l'obligation de faire une opération mutilante, hystérectomie sub-totale » (Douay, *Gaz. Médicale de France*, 1931).

L'hydrosalpinx à soupape constitue un danger permanent par ses complications infectieuses, on doit penser qu'étant produit par une action microbienne : gono, staphylo, strepto, le liquide qui s'échappe de l'hydrosalpinx est septique et garde les mêmes microbes ou les toxines qui ont amené sa formation. Donc, pris au début, le pronostic de l'hydrorrhée salpingienne est satisfaisant quant à la conservation annexielle et gestation future.

Nous citerons deux observations empruntées à la thèse de Lucienne Lecoq, qui nous permettront d'établir le rapport avec le pronostic de l'hydrorrhée des fibromes :

OBSERVATION I

Mme B..., 50 ans, entre à l'hôpital Broca, le 20 mai 1930, pour gros fibrome avec hydrorrhée.

Antécédents : un enfant actuellement âgé de 25 ans ; métrite ancienne.

Actuellement les règles persistent, régulières, sans grande abondance. Elle présente depuis plusieurs mois des pertes d'eau claire très abondantes et intermittentes. Elle n'accuse aucune crise douloureuse nette. Pas de fièvre, pas de troubles généraux. A l'examen, le col est dur, sans inflammation. L'utérus est volumineux, donnant au toucher la sensation d'une tumeur solide, faisant corps avec l'utérus. On a bien l'impression d'un fibrome, développé en avant et à droite, mais il serait légèrement sensible à la pression forte, ce qui est peut-être un peu anormal pour un fibrome non compliqué. Dans le Douglas, on sent une bosselure plus molle et qui donne la sensation de rénitence. On pense à une salpingite kystique, collée à l'utérus. Le diagnostic est donc fibrome avec hydrosalpinx. Opération le 24 mai 1930, Professeur Faure, laparotomie médiane sous-ombilicale, on tombe sur un volumineux hydrosalpinx du côté gauche, tordu sur son axe et recouvrant le corps utérin. On repère le corps utérin. On découvre un deuxième hydrosalpinx, à droite, adhérent au fond du Douglas, et impossible à décoller. On pratique une hémisection avec ablation de la partie droite, puis de la partie gauche de l'appareil utéro-annexiel. Au cours de cette manœuvre, on découvre de petits fibromes utérins, gros comme des œufs de pigeon. Péritonisation. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Examen de la pièce : l'hydrosalpinx se présente comme une

tumeur bosselée, en cornemuse, de la grosseur du poing l'hydrosalpinx gauche plus petit, contient du liquide sous une pression moins forte. Les fibromes sont petits, interstitiels et sous-péritonéaux, de la grosseur d'une cerise. Il n'y a aucun fibrome sous-muqueux, ni aucune lésion de la muqueuse utérine capable d'expliquer l'hydrorrhée. Cette hydrorrhée doit donc venir des trompes. On en fait immédiatement la démonstration, la pression sur chaque hydrosalpinx provoque l'écoulement du liquide dans la cavité utérine. Suites favorables. La malade sort le 18 janvier, cicatrisée.

OBSERVATION II

Mme M..., 30 ans, pas d'enfant, mariée depuis 1923. En 1925, la malade a un retard de règles de 3 semaines, suivi de pertes abondantes, avec caillots qui font penser à un avortement probable. Après cet incident, la malade n'aurait pas eu de fièvre, toutefois quelques mois plus tard, elle aurait accusé des douleurs dans le bas-ventre plus violentes à droite, qui amènent à intervenir chirurgicalement pour appendicite en 1927.

Après l'opération, les douleurs persistent plus violentes au moment des règles, et s'accompagnent de pertes blanches. La malade désirant avoir des enfants est envoyée à l'hôpital Broca le 9 décembre 1929. Outre la stérilité et les signes fonctionnels susdits, la femme à son entrée présente une légère élévation thermique et les signes d'une salpingo-ovarite double ; on trouve un col petit, un corps utérin en bonne situation, un peu gros et sensible, une masse à droite, de la grosseur d'une petite mandarine, dure et sensible, une masse à gauche, plus petite et indolore. On est en présence d'une salpingite bi-latérale sub-

aiguë et prédominant à droite pour laquelle on institue un traitement médical. Repos au lit, injections chaudes, propidon suivant la méthode habituelle (trois injections à trois jours d'intervalle), la réaction est assez forte, puisque la malade a 38° après la première piqûre et 39°2 après la deuxième. Après la troisième, la température redevient normale. Les phénomènes douloureux disparaissent, la masse droite est encore perçue, mais elle est indolore. La malade sort le 25 décembre 1929, huit jours après la vaccination. Comme elle désire avoir des enfants-on lui conseille de revenir dans quelques mois, afin de pratiquer, si possible, une exploration au lipiodol. Elle revient consulter, le 21 mai 1930. Son état local paraît suffisamment bon pour qu'on lui propose une exploration au lipiodol, afin de rechercher la stérilité tubaire. Il persiste cependant, depuis la dernière intervention, quelques douleurs dans le bas-ventre, plus accentuées au moment des règles ; elle présente, en outre, des pertes de liquides incolores survenant d'une façon continue et ayant tous les caractères de l'hydrorrhée. Ces pertes surviennent sans douleurs, mais sont plus abondantes dans les jours qui suivent les règles. Un examen attentif permet de constater la persistance de la tumeur salpingienne, mais la masse annexielle est peu tendue, molle, et très difficile à percevoir nettement ; on pratique le 21 mai 1930, un examen au lipiodol. Injection sous faible pression, avec la seringue à lipiodol, de 20 cmc. (D^r Douay). L'injection est faite sous le contrôle de l'écran, à chaque tour de visse du piston, on injecte 1 cmc. La cavité utérine est normale, assez grande et contient 3 cmc., à partir de 3 cmc. 1/2 le lipiodol pénètre très facilement dans la trompe gauche, puis s'arrête à 6 ou 7 cm. de l'utérus. En même temps, les 3 premiers centimètres cubes de la trompe droite sont injectés. Il faut pousser

5 cmc. pour que la trompe gauche laisse passer le lipiodol, sous forme de gouttelettes qui s'accumulent dans une poche arrondie, donnant l'aspect caractéristique muriforme du lipiodol injecté dans une poche liquide.

Il y a donc, de ce côté, un hydrosalpinx assez volumineux développé aux dépens de la portion ampulaire de la trompe, et en communication par un orifice rétréci avec la portion isthmique. Cette portion de la trompe ainsi que la portion interstitielle paraissent absolument normales. A droite la pénétration du lipiodol est beaucoup plus difficile, on voit une coudure brusque, avec un pointillé indiquant une injection interstitielle de lipiodol. Puis le trajet devient assez régulier jusqu'à l'extrémité de la trompe, qui présente également un aspect muriforme. Un deuxième cliché est fait le 23 mai, pour contrôler le résultat obtenu. A gauche le lipiodol forme une grande tache sombre, dans la poche d'hydrosalpinx. A droite, on voit les gouttelettes indiquant l'injection interstitielle et une masse restée dans l'ampoule ; il n'y a pas de dissusion au lipiodol, ce qui permet de conclure à l'imperméabilité bilatérale siégeant au niveau des pavillons. Une insufflation est faite le mois suivant, cinq jours après la fin des règles (appareil de Douay) sous une pression de 150 mm. L'oxygène pénètre très facilement dans la trompe gauche, qui se distend avec douleur. La quantité de gaz injecté est assez considérable, 30 cmc. à chaque épreuve, la pression descendant de 150 mm. à 60, on recommence trois fois la même épreuve. Il est possible qu'un peu d'oxygène arrive à filtrer, mais cette quantité est minime, ne donnant pas lieu aux signes habituels d'auscultation, ni à la sonorité pré-hépatique, ni à la douleur dans l'épaule droite, la conclusion est qu'il y a imperméabilité tubaire. On revoit la malade, au mois d'octobre 1930. Elle

est en bonne santé, aucune douleur au toucher vaginal. Les annexes sont encore perçues, mais sont molles et difficiles à sentir. La femme demande qu'on fasse tout ce qui est possible pour lui faciliter une grossesse, on lui propose une opération et avant de la pratiquer on fait un deuxième lipiodol pour comparer avec le premier. On injecte 7 cmc. et on fait un toucher après l'examen pour mobiliser les trompes et tâcher de faciliter la pénétration du lipiodol dans le péritoine. L'image de l'utérus est différente de celle donnée par la première radiographie, parce qu'il se présente en antéversion. La trompe gauche présente exactement le même aspect, avec une poche remplie de gouttelettes de lipiodol. A droite, le lipiodol s'accumule dans l'ampoule sans traverser le pavillon. On reconnaît toujours la coudure angulaire, avec image interstitielle. Opération le 1^{er} décembre 1930, Dr Douay : laparotomie médiane, sous-ombilicale. L'exploration du petit bassin montre à droite un hydrosalpinx peu tendu. Le pavillon est fermé complètement par un accollement des franges. L'extrémité interne de la trompe présente une nodosité de la corne utérine, du volume d'une petite noisette. L'ovaire est gros, polykystique, cependant son extrémité externe paraît à peu près saine, et peut être conservée. A gauche, annexe suppurée, avec trompe dilatée, présentant également une nodosité de la corne utérine. Ces lésions sont telles qu'on serait tenté de faire une hystérectomie subtotale, cependant on tente la conservation, la malade désirant conserver l'espoir d'une grossesse.

1^o à droite, extirpation de la trompe, avec résection de la corne utérine. Ablation de toute la partie malade de l'ovaire, en laissant au dehors un quart environ de tissu apparemment sain. Implantation de ce fragment d'ovaire dans la corne utérine

droite, au-dessous du ligament rond, ligature de l'utérine, catgut pour fermer la brèche utérine.

2° à gauche, la conservation ou greffe est impossible et dangereuse, on se contente de faire l'ablation de la trompe, et de l'ovaire, ligature au catgut, mèche et drain, suture de la paroi en trois points. La pièce enlevée montre que la pression sur l'hydrosalpinx fait sourdre du liquide dans l'utérus. Les nodosités de la corne utérine sont envoyées au laboratoire. L'examen conclut à adénomyomes de la trompe. Suites favorables. Sortie le 19 décembre 1930 en bon état local et général.

PRONOSTIC DES HYDRORRHÉES UTÉRINES.

Il en va tout autrement dans les hydrorrhées utérines dues aux fibromes œdématisés, mous, avec phlébite ou en voie de dégénérescence, avec plaques de sphacèle, qui sont un milieu de culture en quelque sorte pour les germes microbiens ou encore avec les hydrorrhées dues au cancer. La malade, dans ce cas, est infectée, son état est grave, on ne peut faire de chirurgie conservatrice, ni de radiumthérapie, on doit procéder à l'hystérectomie abdominale, et puisque le terrain est septique, il faut après cette intervention procéder aux grands drainages par voie vaginale et par en haut. L'hydrorrhée présente un réel intérêt au point de vue de la pratique médicale. Dans le traitement, nous nous étendrons sur la technique opératoire des fibromes à hydrorrhée.

VIII

TRAITEMENT

Nous ne parlerons pas du traitement médical des différentes hydorrhées : idiopathiques, thermales, endocriniennes ; celles qui font principalement l'objet de notre attention sont les hydorrhées des fibromes sous-muqueux ou des fibromes sphacelés et en voie de dégénérescence néoplasique.

Le traitement par les agents physiques, radium et rayons X, donne parfois une certaine amélioration, mais celle-ci demeure passagère et après un temps plus ou moins long on voit réapparaître les écoulements hydorrhéiques plus abondants, fétides, en même temps que des signes d'infection généralisée de l'organisme. A ce moment les conséquences post-opératoires sont à redouter, car les applications de radium ne sont pas toujours anodines, leur action peut réveiller une infection latente et compliquer le pronostic de l'opération. Toute hydorrhée bien constatée conduit à intervenir, et nous ne croyons pas qu'il soit juste d'attendre, soit par incurie des malades, soit en essayant la radiumthérapie, que des phénomènes infectieux se manifestent ouvertement. Des

malades atteintes d'hydrorrhée et qui avaient préféré le traitement physique se sont présentées par la suite avec un état général déficient, un épithélium ulcéré et des troubles utérins aggravés.

DÉDUCTIONS CHIRURGICALES.

La méthode opératoire comporte un certain nombre de précautions à prendre, puisqu'il s'agit là d'un terrain septique, il faut protéger particulièrement le champ opératoire. La technique dépend de plusieurs conceptions.

Une première méthode consiste à ne pas ouvrir le ligament large, à être très réservé dans les manœuvres; une autre conception, c'est l'hystérectomie subtotale avec Mickulicz par en haut. En cas de lésions dégénératives du col, on fait rapidement la subtotale en thermocautérisant le col laissé de façon à ne pas ouvrir les espaces cellulaires des ligaments larges dans lesquels la résorption et la culture microbienne se font très vite. Péritonisation très soignée avec drainage de la peau.

D'autre part, les partisans de l'hystérectomie vaginale disent que le travail par la seule voie basse, non seulement élimine toute infection de la paroi abdominale (puisque celle-ci n'est pas ouverte), mais réduit l'inoculation de la grande cavité abdominale au minimum et encore assure un meilleur drainage.

Et enfin, cette autre méthode que nous avons vue employer par M. Bonneau, le large drainage par en

bas, avec un drain par en haut. Nous exposerons cette méthode en détail.

Grand drainage par voie vaginale après l'hystérectomie abdominale totale. — L'hystérectomie abdominale totale suivie d'un grand drainage doit être précédée de soins particuliers, car on utilise comme tube de sortie le vagin, organe infecté qui conduit le matériel, drain, mèche à la vulve, région encore plus septique, de par le voisinage immédiat de l'urètre et de l'anus.

Le Mickulicz est actuellement en vogue, mais il prête aussi à quelques critiques : pansements prolongés et douloureux, adhérences, occlusion tardive, éventration, etc., on accepte ces inconvénients en égard aux sentiments de sécurité qu'il procure à l'opérateur et qui tient à cette notion que toute la zone opératoire se trouve exclue de la grande cavité abdominale.

Mais cette exclusion du reste du ventre se trouve réalisée au mieux par la voie basse. Le drainage est direct, il conduit du bassin évidé à l'extérieur sans prendre contact avec les anses grêles, ni avec l'épiploon retenu dans le grand bassin par l'S iliaque, largement étalé comme une anse pneumatique, souple, à la surface du matériel de drainage.

Le Mickulicz abdominal institué essentiellement pour drainer le petit bassin, a indirectement l'avantage de drainer également la paroi abdominale à travers laquelle il sort. Cette paroi, il faut admettre *a priori* qu'elle a été infectée au cours des manœuvres opé-

ratoires. Il est donc indispensable quand on fait un drainage vaginal de protéger les tranches pariétales et la nécessité absolue de les considérer comme infectées par le travail de l'hystérectomie.

La toilette du vagin qui est obligatoire avant toute hystérectomie totale prend ici encore plus d'importance. Non seulement il faut nettoyer à la compresse le vagin ouvert par un spéculum, mais si l'on prévoit que des sécrétions septiques venues d'un utérus particulièrement suintant (cancer, fibrome mou, avec hydrorrhée, etc.) peuvent continuer à s'écouler pendant les premiers temps de l'opération, il est utile de laisser à demeure dans la cavité vaginale un pansement destiné à les observer. Ce pansement sera enlevé en fin d'opération d'en bas par un aide, ou à la rigueur d'en haut par l'opérateur lui-même, à condition qu'à ce moment l'abdomen et la paroi soient protégés soigneusement par de nouveaux champs.

Dans ce cas la rachi-anesthésie permet de réduire l'étendue de l'incision, mais elle est une raison de plus de garnir la vulve et le vagin contre les matières fécales qui pourraient être chassées du rectum et qui sans cette précaution souilleraient l'abdomen.

Avant l'opération, il est nécessaire également de placer dans le vagin, même si on doit le garnir de compresses, une longue pince spéciale, dont les anneaux émergeant d'entre les cuisses de l'opérée resteront dans un champ stérile, à portée de la main du chirurgien.

Supposons maintenant que l'hystérectomie abdo-

minale totale ait été effectuée. Le drainage est assuré par un gros drain et plusieurs compresses développées et repliées en long. La première chose à faire c'est de repérer, par des pinces de Kocher, la tranche circulaire du vagin. Elle doit apparaître bien ouverte, remontée et étendue par les pinces, qui en même temps écartent la vessie et les ligaments larges. Il faut se garder d'engager de force le matériel de drainage, toujours assez volumineux dans un orifice vaginal insuffisamment large pour son passage. Les ligatures utérines des vaginales ont quelque peu plissé et rétréci la section et plutôt que de pousser « le train du drainage » qui risquerait ainsi d'accrocher et de tirer les pédicules des ligatures vasculaires il vaut mieux se donner un plus grand jour par une colpotomie médiane postérieure, descendant jusqu'au fond du Douglas sur la face antérieure du rectum. On obtient alors un large entonnoir vaginal qui permettra de faire passer tous les pansements voulus.

Avant de présenter au vagin le drain et les compresses, on commence par adapter celles-ci sur celui-là, on les tasse, de façon à ce que la tête de pansement ne soit pas trop volumineuse, puis l'opérateur saisit de la main gauche les anneaux de la grande pince spéciale, il la pousse à fond, de telle façon que ces larges griffes émergent dans le bassin. On saisit les drains et les mèches et le tout est entraîné à travers le vagin jusqu'à la vulve. La manœuvre qui suit est très importante. On va prendre l'S iliaque, le développer et l'étendre en une courbe régulière au

contact avec la vessie de façon à ce qu'il forme une sorte de couvercle continu au-dessus du petit bassin rempli de mèches. Il est tout à fait rare qu'on soit obligé de fixer l'intestin dans cette position par quelques points de catgut. L'attitude voulue de l'S iliaque et de son méso se maintient toute seule, si, faisant diminuer le Treudelenbourg, on remet l'opérée en demi position, en position presque horizontale pour exécuter la fermeture de la paroi abdominale.

On pose le petit drain pariétal et l'opération est terminée.

Il s'agit à présent de faire la mise au point du pansement du bas. Après avoir coupé juste au ras de la vulve ce qui est en saillie du drain et des compresses, on les repousse légèrement dans le vagin. Il n'y a aucun danger que le matériel de drainage remonte dans l'abdomen. Il peut arriver exceptionnellement qu'un léger suintement sanguin teinte le pourtour du pansement, alors que le drain central ne donne rien. Cela n'est pas inquiétant si l'on est certain des ligatures que l'on a faites. Il y a toute probabilité que ce soit uniquement des tranches mêmes du vagin, surtout si l'on a coupé bas, que provienne cette minime hémorragie, et si l'on veut l'arrêter, il suffit de glisser quelques compresses de supplément entre le pansement déjà exposé et les parois latérales du vagin écartées par une valve.

D'habitude, pas de sonde à demeure. On prend soin d'enduire d'un corps gras l'extrémité des compresses

pour qu'au moment des mictions l'urine ne puisse les imprégner.

La durée varie de six à dix jours. Pendant ce temps le pansement sent mauvais, mais cela n'a pas d'importance. Les gaz sont rendus du deuxième au quatrième jour. Vers le sixième jour, on enlève le drain ; les mèches suivront en une ou deux fois à quelques jours d'intervalle, toujours par tractions douces. Quand la dernière compresse est partie, on commence aussitôt les injections à vulve bien ouverte. La cicatrisation du fond de la plaie s'effectue lentement sans qu'on ait à s'en occuper ; elle ne sera complète qu'en cinq à six semaines.

Il faut reconnaître que même en pratiquant l'artifice de l'exérèse en deux temps successifs : d'abord ablation du corps puis ablation du col, on peut rencontrer des conditions qui rendent la totale particulièrement difficile. Ainsi lorsqu'il existe de vieilles lésions annexielles avec adhérences en un feutrage épais et vasculaire des scléroses des ligaments larges, ou bien lorsqu'on opère des femmes à bassin profond, à parois adipeuses, ou encore des malades qui poussent, on arrive parfois tout juste à faire une subtotale ordinaire ou avec évidemment du col. En prolongeant l'effort, on pourrait faire la totale, mais dans ce cas s'il n'y a pas obligation absolue à enlever le col et la collerette vaginale, il faut savoir s'arrêter et terminer rapidement, par Mickulicz abdominal régulièrement placé. De telles circonstances sont assez rares, et presque toujours l'excellent drainage en « tout à

l'égoût vaginal » peut être effectué pour le plus grand bénéfice de l'opérée.

Les soins minutieux d'asepsie que nécessite l'hystérectomie dans le cas des fibromes à hydorrhée doivent être observés scrupuleusement. Il est alors simple d'éviter les conséquences infectieuses dues à la septicité du milieu sur lequel on opère, d'autant plus à redouter qu'elle n'est pas apparente cliniquement. Le petit bassin, le tissu cellulaire, des ligaments larges restent entièrement ouverts, mais c'est encore le meilleur moyen de lutter contre l'infection utérine et contre les lymphangites ou les cellulites latentes qui l'accompagnent.

IX

OBSERVATIONS

L'hydrorrhée étant un phénomène assez difficile à préciser par les malades, on comprendra comment nous n'apportons pas un nombre important d'observations cliniques. Mais celles que nous présentons et qui nous ont été fournies par M. le Dr Raymond Bonneau, montrent que les malades atteintes d'hydrorrhée ont été considérées comme infectées et traitées chirurgicalement suivant la méthode exposée ci-dessus.

OBSERVATION I

Mme Mil... est vue la première fois en juillet 1910, pour crise d'appendicite. On pratique l'appendicectomie. Interrogée au point de vue génital, elle nous apprend que ses règles durent huit jours et sont très abondantes, il faut trois garnitures par jour pendant les premiers jours ; entre ses règles, elle n'accuse aucune perte, ni en rouge, ni en blanc et il n'y a pas d'hydrorrhée.

Examen physique : le corps est en antéflexion, gros comme un poing, dur, très mobilisable, avec des annexes intactes le dia-

gnostic posé est utérus fibromateux. Par la suite, trois accouchements se font régulièrement.

En 1924, l'hydrorrhée entre les règles apparaît, en même temps que des douleurs lombaires du côté gauche, les constatations sont les mêmes. Je propose une hystérectomie qui est ajournée pour considérations familiales. La malade se met entre les mains du Dr L..., radiologue distingué, qui promet la guérison en cinq ou six séances. Le traitement radiothérapique est commencé le 29 janvier. Les premières séances durent un quart d'heure, les dernières une demi-heure. Les irradiations sont faites sur le dos et sur le ventre, elles donnent des réactions pénibles, fatigue, avec état syncopal nécessitant le lit. Crises d'arythmie. Les séances succèdent aux séances, si bien qu'à la fin du mois de juin, elle a eu dix-neuf séances qui sont continuées; au mois de novembre, elle en totalise vingt-cinq. A ce moment la malade, âgée de 40 ans, a des règles plus douloureuses, qu'avant le traitement et elle perd manifestement de l'eau sans odeur. Le col est gros, étalé, le corps mobile présente une masse grosse comme un poing d'adulte qui se développe sur la face antéro-latérale droite de l'utérus. Opération le 10 novembre 1925. Hystérectomie [abdominale totale avec large drainage par en haut et par en bas : par en haut un gros drain, par en bas un drain et deux mèches. La pièce comporte deux ovaires qui ont un aspect normal. L'ovaire gauche présente seulement un kyste hématique du volume d'une noix, le tissu utérin est très friable.

Au cours du traitement, elle a eu 5 ménorrhagies normales avec douleurs et abondance.

Examen macroscopique : fibromes multiples avec une muqueuse exhubérante.

Examen histologique (Rubens-Duval): sclérose de la muqueuse du col de l'utérus. Par places, cette muqueuse est très épaissie et souvent très vascularisée, elle devient quelque peu végétante et fibro adénomateuse avec prédominance de l'élément fibromateux. Une saillie plus accentuée formant une sorte de polype, de dimension microscopique, est recouverte d'un épithélium qui a subi une métaplasie pavimenteuse, épidermoïde et est irrégulièrement épaissie. Cet état peut être considéré comme précancéreux, mais il n'y a pas transformation maligne effectuée. La muqueuse du corps de l'utérus est épaissie. L'épithélium des cryptes glandulaires ne présente pas d'activité fonctionnelle et est peu différencié. Les caractères sont ceux de la métrite hémorragique.

Les suites opératoires ont été très sévères. Le poulx a été rapidement misérable, petit, des vomissements ont nécessité plusieurs lavages d'estomac. Cependant une bonne guérison a été obtenue. La malade est revue en 1934, en parfaite santé.

OBSERVATION II

Mme Lam..., 40 ans, 4 grossesses, 3 enfants et une fausse couche. L'interrogatoire nous apprend qu'elle perd abondamment pendant huit jours, toutes les trois semaines entre les règles, elle a presque continuellement des pertes d'eau claire qui augmentent d'intensité à l'approche des règles.

Examen physique : on trouve un col déchiré, corps fibromateux, avec une tumeur de la grosseur d'une mandarine sur le côté latéral droit, rien aux annexes. Relâchement des releveurs. Hystérectomie totale le 4 décembre 1925, les annexes droites sont adhérentes avec des hématomes juxta-ovarien et intra-ova-

rien. Large drainage, un drain et deux mèches par le vagin, un drain sus-pubien.

Examen macroscopique : utérus doublé de volume, fibreux, avec muqueuses œdémateuses mesurant près de 1 cm. d'épaisseur.

Examen histologique : muqueuse utérine épaissie, présentant surtout dans sa partie superficielle une sorte d'œdème avec sclérose diffuse et quelques minimes suffusions hémorragiques, elle est parcourue par de nombreux capillaires sanguins. Les tubes glandulaires tiennent peu de place dans cette zone superficielle qu'ils ne font que traverser en droite ligne. Ils sont flexueux, au contraire, dans la couche profonde de la muqueuse dont ils constituent une importante partie, ils sont dilatés, leur épithélium diminué de hauteur, plus ou moins cubique et peu différencié. Dans cette couche profonde on note par place une réaction inflammatoire du type lymphoïde. L'hydrorrhée paraît due d'une part, à des troubles vasculaires et d'autre part à une sécrétion glandulaire anormale, laquelle paraît n'être elle-même qu'une transsudation liée aux troubles vasculaires. Tous ces phénomènes paraissent être sous la dépendance d'une infection locale dont témoignent les réactions inflammatoires observées. Suites opératoires normales,

OBSERVATION III

Mme Bas..., 42 ans, vue le 5 octobre 1926, ayant depuis trois ans des ménorrhagies importantes, durant dix jours, avec de caillots énormes, sans douleur. Les pertes d'eau suivent les règles, elle perd également parfois de l'eau en dehors de ses règles, mais ces pertes n'ont aucune odeur.

Examen physique : femme à teint cireux, signes d'anémie,

varicosités superficielles des cuisses et de l'abdomen. Auscultation cardiaque, souffle mésosystolique de la base, diagnostic posé fibrome œdémateux chez une cachectique par hémorragies. Elle accepte l'opération, rachi-anesthésie. Hystérectomie abdominale totale régulière, avec large drainage par en bas et petit drainage par en haut.

La pièce est constituée par un gros fibrome qui déforme la cavité utérine, la muqueuse du corps est jaune et par place elle mesure 2 cm. d'épaisseur et à d'autres endroits, 1 cm. à 1 cm. 1/2. Pas d'examen histologique. Bonne guérison, convalescence lente, l'essoufflement ne disparaît qu'après un traitement au protoxalate de fer.

OBSERVATION IV

Mme Ga..., 54 ans, ménopause à 51 ans, elle est vue en juillet 1926. Depuis six mois, elle recommence à perdre tous les mois, mais depuis deux mois les pertes augmentent de fréquence, quand les écoulements s'arrêtent, elle perd alors des quantités d'eau considérables, arrivant à mouiller une serviette éponge pendant chaque nuit un mois durant. Dans la journée, elle doit porter une garniture.

Examen physique : on trouve un col normal, un utérus non volumineux ; le diagnostic posé est cancer du corps. Hystérectomie le 11 octobre 1926. La libération de l'utérus est difficile, à gauche il faut découvrir soigneusement l'uretère en liant les veines qui l'accompagnent. Le cæcum et la fin de l'iléon sont adhérents au pédicule ovarien droit. Les difficultés opératoires sont telles qu'on commence par une subtotalité ; la pièce ouverte par l'assistante montre un cancer indiscutable du fond, on enlève alors le col qui est sain. Large drainage par en bas, drain

sus-pubien, trois mèches. Suites opératoires normales. La malade revue régulièrement trois fois par an, est toujours en bon état en 1934.

OBSERVATION V

Mme Her..., à la suite d'un premier accouchement, elle a eu un prolapsus, on fait une périnéographie au deuxième accouchement (D^r M...), elle avait 20 ans 1/2. Je la vois en septembre 1923, et en décembre je lui fait une appendicectomie, ligamentopexie et périnéographie secondaire. Le 25 février 1924, la malade se présente à nous, son état général reste faible et elle dit qu'elle perd par moment comme de l'eau, mais en étudiant bien ses pertes d'eau, on constate qu'il s'agit de pertes laiteuses, comme on en voit chez les chloroanémiques ; en fait avec l'amélioration de l'état général, les pertes d'eau diminuent, s'espacent et en octobre 1925, sans aucun doute, il n'y a plus la moindre perte laiteuse. La malade a été revue depuis n'ayant aucun écoulement entre les règles.

OBSERVATION VI

Mme Ler... est vue pour la première fois le 27 janvier 1932, ayant consulté plusieurs sommités chirurgicales, qui ne jugent pas à propos d'intervenir ; or cette malade âgée de 45 ans, mère de deux enfants, présente depuis 2 ans des règles abondantes et douloureuses et un signe particulièrement net qui est de l'hydrorrhée depuis cinq à six mois. Cette perte consiste en émissions brusques d'une eau faiblement rosée, au lever, d'un volume égal à un verre à liqueur, un coquetier. Dans la journée, il y a également de l'hydrorrhée, ce ne sont pas du tout des

pertes glaireuses et l'examen montre un utérus légèrement augmenté de volume et adhérent à gauche. Sur le seul symptôme de l'hyrorrhée, j'estime l'hystérectomie indispensable, et je formule par écrit l'indication thérapeutique. La malade se met entre les mains de D^r R... radiologiste, qui lui fait de février à août, vingt séances de radiothérapie de douze minutes chacune, six minutes à droite, six minutes à gauche. Rien au milieu, la malade n'a pas de fièvre; après chaque séance la réaction se borne à une légère fatigue, les séances qui avaient lieu tous les huit jours ont lieu tous les quinze jours. En fin décembre, malgré l'hyrorrhée sans odeur qui continue on conseille six séances. Je revois la malade de temps à autre, l'utérus est toujours adhérent à gauche, j'insiste pour l'opération, la malade semble décidée à accepter, quand sur les conseils du D^r D..., chef de laboratoire de radiumthérapie des hôpitaux, qui affirme la guérison elle subit trois applications de radium intra-utérin, chacune de vingt-quatre heures, à huit jours d'intervalle. Le D^r D... fait vingt séances de radiothérapie, du début de février au 21 juillet; le 2 août application de vingt-quatre heures d'une bougie intra-utérine en gomme, contenant trois tubes de 5/10 de milli Pt plus un fil en Ag de 5/10 de millimètre. Les trois tubes totalisent 37 mgr. de radium. Le 9 août, application de vingt-quatre heures, mêmes bougies et mêmes tubes, mais le filtre supplémentaire était de 0,001 d'Ag.

Le 16 août, application de vingt-quatre heures, en tout semblable à la deuxième, soit au total 20 millicuries détruits. Les hémorragies qui étaient survenues avant le radium sont arrêtées quelques jours après la troisième séance, mais elles ont été remplacées par des écoulements d'eau rosée qui obligent la malade à porter une garniture presque tout le temps. Enfin,

elle est opérée le 25 octobre 1933, sous rachi-anesthésie. Hystérectomie abdominale totale, large drainage par en bas, petit drainage par en haut. Suites opératoires régulières, quoi qu'il se soit produit un écoulement de sérosités à odeur aigrelette, perceptible par l'abdomen qui a persisté cinq semaines. Bonne guérison.

Examen macroscopique : fibrome sous-muqueux ; portant en son milieu une nécrose verte, due au tube de radium. Les plus grandes parties de la muqueuse du corps sont œdémateuses.

Examen histologique (Rubens-Duval) : fibrome sans transformation maligne, nécrose partielle du fibrome sous-muqueux.

OBSERVATION VII

Mme Man..., 37 ans. Je suis appelé, le 29 décembre 1933, auprès de cette malade parce qu'elle a, en dehors de ses règles qui durent quatre jours depuis le mois de mars, des pertes constantes qui sont de l'eau. Le liquide limpide comme de l'urine sans en avoir l'odeur, il mouille une garniture, suivant la largeur d'une paume de main, il faut changer cette garniture trois à quatre fois par jour.

C'est surtout à la fin de l'après-midi que l'écoulement est important, la fatigue l'augmente, la malade se rend compte du liquide par l'écoulement qui mouille ses cuisses, il n'y a pas d'odeur ammoniacale, ni d'odeur fétide, pas de grossesse. Hystérectomie abdominale régulière, drainage habituel, l'examen de la pièce montre que les annexes sont intactes et que toutes lésions consistent dans un gros œdème de la muqueuse du corps. Guérison régulière et rapide.

OBSERVATION VIII

Mme G..., 47 ans, opérée il y a quatre ans par le Professeur D..., qui a enlevé trois fibromes du col utérin par la voie vaginale, les règles qui viennent toutes les trois semaines depuis quelques mois sont suivies de grosses pertes ; en plus la malade perd de l'eau et, si quelquefois cette eau limpide, le plus souvent c'est un mélange d'eau et de sang qui mouillent les serviettes de façon qu'il y a au centre un disque rouge et à la périphérie un disque incolore, etc.

On peut se demander s'il s'agit d'une hydorrhée avec poussée congestive, allant jusqu'à de petites ruptures vasculaires ou s'il s'agit de métrorragies chez une femme tellement saignée qu'elle est en état d'hydrémie.

L'examen montré sur une femme abominablement pâle une énorme masse fibromateuse avec légère ascite.

L'hystérectomie d'urgence sous-rachianesthésie.

L'opération extrêmement difficile, tellement il y a d'adhérences, trois temps : 1^o ablation du corps ; 2^o ablation du col ; 3^o ablation des annexes, tellement il y avait de sclérose périutérine. Large drainage par en bas. Large drainage par en haut. Fermeture en un seul plan. Guérison.

La pièce est constituée par d'innombrables fibromes et particulièrement par un fibrome de moyen volume à peu près pédonculé dans le fond de la cavité utérine.

OBSERVATION IX

Mme Boi..., 45 ans, vue en janvier 1934. Depuis deux ans elle perd de l'eau entre ses règles qui sont douloureuses et pro-

longées, durant parfois quinze jours. Il n'y a jamais eu de grossesse. Depuis sa maladie, pas de rapport sexuel. L'examen montre un gros polype du col de l'utérus qui est détruit immédiatement au galvanocautère. Le corps utérin, de moyen volume est incliné à gauche. La muqueuse du corps saigne au contact avec l'hystéromètre.

En mars 1934, la malade est revue. Les règles de février ont duré huit jours ; interrogée sur l'hydrorrhée qui persiste, la malade est très explicite ; elle se sent par moment mouillée assez abondamment par une eau qui n'empêche pas le linge, qui n'est pas colorée et qui ne dégage pas d'odeur. Quelques heures avant l'écoulement d'eau, l'intéressée a l'impression que son ventre « gonfle », après la perte de liquide, il se « dégonfle ». Ce phénomène pathologique se reproduit sinon tous les jours, du moins plusieurs fois dans la semaine. Il n'est pas de semaine qu'elle ne perde de l'eau. C'est surtout après la fatigue du travail à la machine que l'hydrorrhée se produit ; comme on le voit l'ablation du polype a été sans influence sur l'hydrorrhée. Dans ces conditions, quoique l'utérus n'ait pas subi d'augmentation de volume, je conseille ferme l'hystérectomie. Cette opération est pratiquée en abdominale totale, avec large drainage par en bas ; les suites opératoires sont normales.

Examen macroscopique. — La pièce ouverte aseptiquement présente un fibrome du volume d'une amande, inséré sur l'angle de l'utérus, ce fibrome est de couleur chamois, manifestement en état d'ischémie, proche du sphacèle. Toute la muqueuse du corps est augmentée de volume et œdémateuse.

Dès l'ouverture de l'utérus, on recueille avec toutes les précautions d'asepsie possible, à l'aide d'une pipette à lumière étroite du liquide clair qui s'échappe de la muqueuse pour l'exa-

men bactériologique. Après aspiration de 1 cmc. environ de ce liquide, le tube qui était stérile est chauffé et scellé à la flamme du Bunsen et porté immédiatement au laboratoire de l'Institut Pasteur. Auparavant nous avons recherché la réaction du liquide qui baigne la muqueuse utérine : elle est franchement acide, le papier de tournesol vire au rouge ; nous faisons plusieurs réactions de suite et invariablement elles demeurent acides.

Nous avons là un phénomène troublant, attendu que les recherches faites antérieurement par des bactériologistes français et étrangers montrent que le liquide hydorrhéique est neutre ou alcalin, ici nous avons un liquide à réaction acide.

Le liquideensemencé, mis en culture pendant plusieurs jours a donné nettement du staphylocoque, à l'examen direct on trouvait quelques cellules épithéliales, quelques staphylocoques et des micrococcus tétragènes. La présence des microbes ne peut incomber à une faute d'asepsie. Le liquide a été prélevé directement sur la pièce ouverte pendant l'opération au moyen d'un tube stérile et scellé ensuite, porté tout de suite au laboratoire de l'Institut Pasteur, situé derrière l'Hôpital Saint-Jacques.

Alors que tous les examens faits jusqu'ici (Cotte, *Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*, différentes thèses parues) affirment que l'hydorrhée est à réactions alcalines, nous trouvons un liquide à réaction acide ; c'est le premier fait en contradiction avec les données antérieures. Le liquide hydorrhéique d'après les auteurs ne contient pas de germes pathogènes, alors que la culture à l'étuve du liquide que nous avons prélevé révèle la présence de microbes. Il n'est malheureusement pas possible de tabler sur un seul cas pour affirmer que la sécrétion est septique et contienne toujours des bactéries.

Cependant il est permis de penser que ces liquides riches en

albumine présentent des bactéries qu'il faudrait ensemen-
cer sur des milieux spéciaux pour voir leur développement. Et chez ces
femmes atteintes de fibromes mous, œdématiés et âgées, qui
sont par conséquent en état de stase généralisée, tout permet de
penser à la présence de microbes, mais qui demande un contrôle
de laboratoire avec des inoculations probantes et des recherches
spéciales.

Examen histologique. — Fibromyome typique, sans dégéné-
rescence néoplasique. Inflammation vasculaire très nette. Lym-
phocytes en abondance (macronucléaires surtout et polynu-
cléaires). La présence de lymphocytes, la réaction inflammatoire
concordent une fois de plus avec notre idée de septicité ; nous
avons des tissus enflammés qui ne peuvent s'expliquer que par
une réaction microbienne du milieu.

CONCLUSIONS

I. — Sans affirmer que l'écoulement d'eau par le col utérin soit toujours septique, nous pensons qu'il est souvent septique.

II. — Les examens macroscopiques et même microscopiques des pièces nous montrent les lésions par lesquelles la flore microbienne trouve à se développer. Il serait à souhaiter que les bactériologistes ayant la compétence qui nous manque, puissent faire des examens, des cultures et des inoculations probantes.

III. — En clinique, cette septicité de l'hydrorrhée est latente, elle ne se traduit pas chez la femme par les symptômes habituels de l'infection, parce que le drainage des liquides s'effectue aisément par les voies naturelles au dehors ; cependant quelques petits signes de retentissement sur l'état général peuvent attirer l'attention.

IV. — Et c'est lors de l'opération, quand le bistouri ouvre aux germes septiques des surfaces cruentées, que des accidents secondaires viennent montrer combien ces infections cachées sont redoutables.

V. — Il est donc sage de considérer toute hystérectomie chez une malade qui perd de l'eau, comme une grave opération et de prendre certaines précautions de technique, particulièrement pour le drainage, de façon à soustraire l'opérée aux dangers de son microbisme latent.

Vu : le Président de la thèse,
CUNÉO.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Auway, Boursier.* — Précis de Gynécologie, t. I, p. 27; t. II, p. 871, 3^e éd., 1925.
2. *Bornes.* — Traité clinique des maladies des femmes, traduit par Condes, 1876.
3. *Béclère (Claude).* — a) La perméabilité et les obturations tubaires. Thèse de Paris, 1929; b) L'hydrosalpinx à soupape (Gyn. et Obst., mars 1929, p. 191).
4. *Berthault.* — Fibromes fluctuants et hydorrhéiques (Médecine moderne, 7 mai 1891).
5. *Bland Sutton.* — Trans. obst. Soc. London, vol. XLIV, p. 311, 1902.
6. *Boivin (Mme) et Duges.* — Traité des maladies de l'utérus, 1833.
7. *Bonet (T.).* — Sepulchretum, 1700.
8. *Bonneau (Raymond).* — a) L'hydorrhée vaginale. Pronostic. Déduction chirurgicale (Clinique, 1928); b) Grand drainage par voie vaginale après hystérectomie abdominale totale (Gynécologie, 1932).
9. *Bouilly.* — a) Des exsudats séreux juxta-utérins (Semaine gynécologique, 1898, t. III, p. 65); b) Encyclopédie internationale de Chirurgie.
10. *Camus et Roussy.* — L'hypophyse et les centres nerveux infundibulo-tubériens (Journal de Méd. et de Chir., 10 avril 1924).
11. *Caulet.* — De l'action utérine des eaux de Saint-Sauveur, 1911.
12. *Caraven et Lerat.* — Bull. de la Soc. anat. de Paris, mai 1905, p. 301.

13. *Claude et Piedelièvre*. — Sympathique et glandes endocrines (Journal médical français, juin 1921).
14. *Chesnet*. — Semaine gynécologique, 14 fév 1905.
15. *Courty*. — Maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes. Paris, 1881.
16. *Cotte*. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme, p. 358 et suivantes. Paris, 1928, Masson édit.
17. *Coutzarida (Mlle)*. — De l'hydrorrhée et de sa valeur séméiologique dans le cancer de l'utérus. Thèse Paris, 1884.
18. *Dalche*. — Leucorrhées alternantes et leucorrhées fonctionnelles (Journal de Médecine, 20 nov. 1922).
- — L'hypophyse dans les maladies des femmes (Revue mensuelle de Gynécologie, mai 1919).
- — De l'hydrorrhée (Revue mensuelle de Gynécologie, 1920).
- — Hydrorrhée vaginale. Maladies des femmes. Vigot frères. Paris, 1929, p. 94.
19. *Danel*. — Essai sur les tumeurs malignes des trompes. Thèse de Paris, 1899.
20. *Dard*. — Gaz. méd, de Paris, 1885.
21. *Derville*. — De l'hydrorrhée utérine non gravidique. Thèse de Paris, 1924.
22. *Doléris*. — Bulletin et mémoire de la Soc. obst. et gynécologique de Paris, 1890, p. 12.
- — La Gynécologie, 1896.
- — Métrites et fausses métrites, 1902.
23. *Doléris et Péchevin*. — Pratique gynécologique, Paris, 1896.
24. *Doléris et Macrez*. — Du papillome endosalpingien (La Gynécologie, août 1898, p. 189).
25. *Douay*. — a) Métrorragies après la ménopause par cancer de l'ovaire (Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris, n° 5, mai 1930, p. 340); b) Hydrorrhée (Gaz. médicale de France, p. 108-113, 15 mars 1931); c) Epi-

thélioma primitif de la trompe de Fallope. Discussion (Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gynécologie de Paris, janvier 1929, p. 43).

26. *Doran*. — Trans. path. Soc., vol. XXXIX, p. 208.
- — Select. cliniq. reports in Journal Obst. gyn. of British Empire, vol. XVII, p. 30.
27. *Duncan*. — Medical Times and Gazette, 1884.
28. *Eberth et Kallenbach*. — Zeitschs. f. gebound gyne., vol. XVI, 1889, p. 357.
29. *Emmet*. — La pratique des maladies des femmes et leur traitement. Paris, 1887.
30. *Faure (J.-L.) et Siredey*. — Hydrorrhée vaginale (Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, 5^e édit., p. 927. Doin, édit. Paris, 1923).
31. *Fearn*. — Arbeiten aus der Könige Frauerklinik. Dresden, vol. II, p. 337.
32. *Fornero (A.)*. — Idrorrhea di natura endocrino pratica (Gazetta med. sicil. Catania, 1920).
33. *Froriep*. — Beobachtung einer wahren Sackwassersucht der Fallopischen Trompetus (Med. Zeit. Berlin, n° 1, p. 3, 1884).
34. *Franck*. — Traité de Médecine pratique, 1843.
35. *Gaillard (Thomas)*. — Traité clinique des maladies des femmes, 1879.
36. *Garrigues*. — Non gravid Hydrorrhea (Medical Record. New-York, 1886).
37. *Gallard*. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes. Paris, 1879.
38. *Guemes*. — De l'hémato-salpingite. Thèse de Paris, 1887.
39. *Guéniot*. — Traité de thérapeutique gynécologique, 2^e édit., p. 68.
40. *Guillemin et Morlot*. — Epithélioma primitif de la trompe de Fallope (Gyn. et Obst., 1923, n° 4, t. VII).

41. *Gutierrez.* — Hydrorrhéa periodica de las mujeres non embazaradas (An. de obs. ginepat. y pediat. Madrid, 1884).
42. *Harvier.* — Pathologie des glandes endocrines (Traité de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, 1921).
43. *Harpey.* — Contribution à l'étude de la leucorrhée. Thèse de Paris, 1906-1907.
44. *Hubert-Robert.* — a) Primary case (Trans. Obst. Soc., vol. XL, 1898); b) Second case (Pr. c. of Fall tube, vol. XLI, p. 129, 1899).
45. *Hüg (W.).* — Über die Hydrorrhöe der nitshsewangeren gebärmütter (Zentralbl. f. Gynäk., 55, 3130, 4-24 octobre 1931).
46. *Jobert.* — De l'hydropisie du col utérin (Journal de Chirurgie, 1843).
47. — Journal de Médecine de Lyon, novembre, 1842.
48. *Labadie, Lagrave-Leguen.* — Traité de gynécologie. Paris, 1914.
49. *Lafosse.* — De l'hydrométrie. Thèse de Strasbourg, 1816.
50. *Lafont.* — Gynécologie.
51. *Lawson-Tait.* — Brit. med. j., 1878, t. I, p. 933.
52. *Le Balle et Patay* (de Rennes). — Epithélioma primitif de la trompe de Fallope (Bull. de la Soc. obst. et Gyn., Paris, janvier 1929, p. 42. Gyn. et Obst., avril 1929, p. 286).
53. *Lecoq (Lucienne).* — Contribution à l'étude de l'hydrorrhée. Thèse de Paris, 1931.
54. *Le Lorier.* — Un cas de dystocie passagère par une volumineuse poche enkystée d'hydrorrhée déciduale prise pour un kyste de l'ovaire. Préparatifs opératoires, rupture spontanée de la poche, accouchement (Bull. de la Soc. Obst. et Gynéc., 15-549, novembre 1926).
55. *Mackie (William J.).* — Non gravidar Hydrorrhea (The British Medical Journal, 1884).

56. *Macrez*. — Des tumeurs papillaires des trompes. Thèse de Paris, 1899.
57. *Miknoff*. — Prager Med. Wochenschrift f. Heilkunde, vol. XVI, 1895).
58. *Monod (C.)*. — Sur certains cas d'hydrorrhée consécutive aux opérations pratiquées chez la femme pouvant en imposer pour une fistule urinaire (Association Française de Chirurgie, procès-verbal. Paris, 1896).
59. *Monat*. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1874.
60. *Neau*. — L'hydrorrhée en dehors de la grossesse. Thèse de Paris, 1919.
61. *Olivier et Martin*. — Cancer de la trompe (Lyon Médical, 1921).
62. *Olliver*. — Non gravid hydrorrhea (British Medical Journal, 1884).
63. *Peterson (R.)*. — A case of non gravid hydrorrhea due to hysteria (Journal Michel M. Soc. Grands Rapides, 1914).
64. *Pépin*. — Pathogénie de l'hydrorrhée des fibromes utérins (Soc. de Méd. et de Chirur. de Bordeaux, 9 décembre 1892).
65. *Petit-Dutaillis et Sorel*. — Etude de gynécologie clinique et opératoire, fasc. III, 1929, p. 36 et p. 89).
66. *Possi*. — Traité de gynécologie. Paris, 1905, t. I, p. 263, t. II, p. 830.
67. *Prewitt (de Saint-Louis)*. — American Journal of Medicine and Chirurgie, avril 1876.
68. *Quénu et Lonquet*. — Revue de Chirurgie, 1901. Des tumeurs des trompes, p. 772.
69. *Robert*. — Des maladies utérines et de leur traitement par les eaux de Cauterets. Paris, 1892.
70. *Reymond*. — Contribution à l'étude de l'anatomo-pathologie

- et de la bactériologie des salpingo-ovarites. Thèse de Paris, 1894.
71. *Routier*. — Soc. de Chir., 1892 et Annales de Gyn. et Obst., 1893, vol. XXXI, p. 39.
72. *Robin et Dalche*. — Traitement médical des maladies des femmes. Paris, 1922.
73. *Sirelly (de)*. — Traité pratique de gynécologie, 1884, p. 779.
74. *Schmidt's Jahres Bücher*. — Hydrorrhée au cours de cancer du corps de l'utérus, 1834.
75. *Siredey*. — Hygiène des maladies des femmes. Paris, 1907.
76. *Siredey et Lemaire*. — Gynécologie, avril 1904.
77. *Spanks*. — Gaz. méd. de Paris, 1855.
78. *Tédenat*. — Hydrops tubae profluens (Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, avril 1930, p. 298).
79. *Tessier*. — De l'hydropisie et de la tympanite utérines hors de l'état de gestation (Gaz. Méd. de Paris, 1844).
80. *Trelat*. — Clinique chirurgicale de Paris, 1891, t. II, p. 716.
81. *Tuffier*. — Annales de Gyn. et Obst., vol. II, 1894, p. 203.
82. *Van Verts*. — Hydrorrhée péritonéale (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn., mars 1933, p. 298-299).
83. *Vitrac*. — Soc. de Gyn. et d'Obst. et de Pédiat. de Bordeaux, 1897.
84. *Vignes*. — Hydrorrhée déciduale (Sciences Médicales, 1929).
85. *Worms*. — Fibromes hydrorrhéiques (Soc. Chirur. de Paris, 1877).
86. *Zweifel*. — Vorlesunger über Klin. und Gynöek., 1892, p. 139).
87. *Zwoszkinski et Truszkowski*. — Contribution aux recherches de l'acidité vaginale (Gynekologia Polska, 1926, t. V, fasc. 1 et 2, p. 19).

